FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ETUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

SUR LE

XANTHÉLASMA

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

F. GENDRE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Chef de la clinique ophthalmologique du Dr Xavier Gorecki,
professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

PARIS
A. PARENT IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1880

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALL

Professeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses
Médecin des hôpitaux

A MON MAITRE

M. HILLAIRET

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

A MON AMI

M. LE DOCTEUR CHAMBARD

Ex-interne des hôpitaux
Directeur du laboratoire de la clinique des maladies mentales

A MES MAITRES DE PARIS

A MES MAITRES DE TOULOUSE

DU XANTHÉLASMA

INTRODUCTION

Pendant notre externat à l'hôpital Saint-Louis, notre attention fut vivement attirée par une affection aussi singulière par l'aspect sous lequel elle se présente, qu'intéressante au point de vue de la pathologie générale.

Parmi les trois cas de xanthélasma que nous avons observés, il s'en trouvait deux qui représentaient les formes les plus rares de cette affection cutanée. Nous en avons vu depuis un certain nombre d'autres, et c'est appuyé sur une statistique de 68 observations, dont 8 nous sont personnelles, et après nous être mis au courant des différents travaux qui ont été publiés sur cette matière tant en France qu'à l'étranger, que nous essayons d'écrire l'histoire anatomique et clinique du xanthélasma. Cette affection, d'abord étudiée en Angleterre et en Allemagne, resta presque entièrement ignorée des médecins français jusqu'à ce que des travaux récents aient appelé sur elle leur attention.

Le xanthélasma, cependant, est une de ces affections

qui ne passent pour rares que parce qu'elles sont méconnues. En effet, ainsi que le remarque M. Ranvier, on ne voit que ce que l'on connaît déjà, et les faits, même très visibles et très distincts qu'on ne soupçonne pas, passent généralement inaperçus et demandent, pour être vus, une qualité des plus importantes et des plus rares que ceux qui en sont le mieux pourvus ne possèdent que d'une façon très incomplète : l'esprit d'observation.

Au point de vue anatomique, le xanthélasma ne ressemble à aucune autre tumeur de la peau, et ses différentes formes, bien que se présentant sous des aspects extérieurs bien différents, peuvent être ramenées à un processus histologique identique dont les deux termes sont la prolifération et l'infiltration graisseuse des éléments conjonctifs. Il existe en outre dans les tubercules xanthélasmiques des lésions vasculaires et nerveuses récemment décrites par M. Chambard qui permettent de les assimiler jusqu'à un certain point aux tubercules de la lèpre.

L'intérêt clinique du xanthélasma est plus grand encore ; d'une part, en effet, les plaques et les tubercules présentent, comme la plupart des manifestations cutanées des maladies générales, des localisations bien déterminées ; d'autre part, les observations qui sont aujourd'hui dans la science sont assez nombreuses pour que l'on soit frappé des relations évidentes qui unissent le xanthélasma avec l'ictère, quelle que soit la cause de ce symptôme, avec différents troubles du système nerveux et différentes manifestations de l'arthritis. Le xanthélasma n'est donc point une affection purement locale, mais bien plutôt une lésion cutanée déterminée probablement par un certain nombre d'altérations du sang, parmi lesquelles l'ictère

occupe la première place, et qui sont elles-mêmes sous la dépendance d'une ou de plusieurs maladies constitutionnelles ; et, parmi ces dernières, c'est l'arthritis dont l'influence paraît jusqu'ici la plus probable.

Bien loin de venir à l'appui des conceptions dermatologiques actuellement en honneur principalement en Allemagne, et qui trouvent à l'école de Vienne ses plus illustres représentants, le xanthélasma est un nouvel argument de la valeur scientifique et de la haute portée médicale de la doctrine dermatologiste française, dont un illustre pathologiste, Bazin, est le chef. Le xanthélasma, en effet, ainsi que nous espérons le montrer, n'est qu'une affection génerique à caractères diathésiques, mais dont les relations avec l'arthritis semblent de jour en jour plus évidentes.

Qu'il nous soit permis de remercier notre excellent maître, M. Hillairet, dont la bienveillanee et les conseils ne nous ont jamais fait défaut, et notre ami M. Chambard, dont les travaux importants sur le xanthélasma nous ont été d'un grand secours pour la rédaction de notre travail. Nous devons également des remerciements à notre ami M. Salomon, à qui nous devons les dessins qui sont annexés à notre travail ; nous ne pouvions mieux faire que de mettre son talent de dessinateur à contribution.

HISTORIQUE

Le xanthélasma a été signalé pour la première fois par Rayer, qui, sans donner un nom à l'affection qui nous occupe, la représente dans son atlas et la décrit en quelques

lignes dans son traité des maladies de la peau : « On observe quelquefois, dit-il, sur les paupières et dans leur voisinage, des plaques jaunâtres semblables pour la couleur à la peau de chamois, légèrement saillantes, molles, sans chaleur ni rougeur, et quelquefois disposées d'une manière assez symétrique. »

Addison et Gull, en 1851, ont étudié avec beaucoup de soin cette affection et lui ont donné le nom de vitiligoïdea, parce qu'ils trouvaient une certaine analogie entre cette affection et une forme de vitiligo décrite par Willan-Bateman.

Erasmus Wilson, en 1863, regarda successivement le vitiligoïdea comme une affection des glandes sébacées et de l'épiderme. Il lui donna les noms de molluscum sebaceum et de laminæ flavæ epithelii cutis ; puis, renonçant à ces hypothèses, il adopta la dénomination de xanthélasma. L'étymologie du mot xanthélasma n'est pas très bien déterminée ; pour les uns, ce mot dériverait de ξανθος, jaune, et μελασμα, tache noire ; pour d'autres, de ξανθος, jaune, et ελασμα, plaque de métal.

Ce n'est qu'en 1868, quand parut une nouvelle édition du livre d'Addison et Gull, augmentée de trois nouvelles observations qui leur sont personnelles, que l'attention générale commença à se fixer sur ce sujet. Depuis lors, de nombreux faits ont été publiés de divers côtés, et surtout en Angleterre et en Allemagne.

Bazin ne parle pas du xanthélasma dans ses ouvrages, mais il connaissait très-bien cette affection et l'avait plusieurs fois observée. Cet illustre pathologiste avait vu dans un cas les piqûres de tubercules xanthélasmiques donner issue à des cristaux de cholestérine et avait cru devoir désigner l'affection qui nous occupe sous le nom de mol-

luscum cholestérique que portent encore deux pièces déposées par lui au musée de l'hôpital Saint-Louis.

En 1871, Hutchinson publia un travail important sur le xanthélasma ; l'auteur a cherché à établir les rapports du xanthélasma avec d'autres affections telles que l'ictère et les lésions du foie. Ce mémoire s'appuie sur 40 observations, dont 33 sont personnelles.

Hebra, dans la première édition de son traité des maladies de la peau, décrit en peu de lignes les vitiligoïdea parmi les anomalies de sécrétion des glandes de la peau, dans le groupe des séborrhées, à côté du milium, du molluscum contagiosum et d'autres tumeurs d'origine sébacée.

Kaposi revient sur ce sujet d'une manière plus complète dans son article xanthoma de son traité des maladies de la peau. Il donne une bonne description anatomique de cette affection et apporte cinq nouvelles observations.

Un grand nombre de recherches ont été faites depuis, et les principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet sont : Pavy, Hilton Fagge, Pye Smith, Murchison, Jany et Cohn, Waldeyer, Geissler, Hirschberg, Virchow, Manz, Oscar Simon et Geber, Wickam Legg, Neuman et Church.

Dans ces dernières années, en France, plusieurs travaux ont été faits. En 1877, M. Larraydy a pris le xanthélasma comme sujet de thèse inaugurale.

M. Strauss en 1878, dans sa thèse d'agrégation sur les ictères chroniques, donne un exposé très clair et très complet de cette affection.

La Gazette des hôpitaux du 11 octobre 1878 relate en abrégé une excellente leçon du professeur Potain.

M. Ernest Besnier a fait une leçon sur un cas de xan-

thoma généralisé qu'il a eu dans son service; elle a été publiée dans la Gazette des hôpitaux n° 81 (1878).

Notre maître M. Hillairet a présenté, la même année, le 19 novembre, à l'Académie de médecine, un malade atteint de xanthélasma généralisé. Nous donnons plus loin l'observation de ce malade.

M. Chambard, qui a bien étudié cette question, a présenté en 1878 deux mémoires, l'un à la Société anatomique sur des recherches histologiques, l'autre à la Société clinique. De plus, ses travaux ont été publiés dans les Annales de dermatologie et les Archives de physiologie

Enfin M. Cary, de Lyon, a publié le 25 janvier 1880, dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie, un mémoire très intéressant pour les observations qu'il renferme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pavy a fait le premier des recherches anatomiques exactes sur le xanthoma planum et tuberosum; il a aussi publié le premier sur cette question des résultats positifs.

Suivant lui, le xanthoma, dans ses deux formes, consiste en une néoplasie conjonctive (fibreuse), se faisant dans l'intérieur du derme, avec dépôt de granulations et de gouttes graisseuses dans les cellules et les mailles du tissu conjonctif. La coloration jaune du néoplasme n'a rien à faire avec la matière colorante de la bile, et résulte uniquement du dépôt graisseux.

Hilton Fagge, Franck Smith, Murchison qui ont fait

aussi des recherches histologiques sur le xanthoma, s'accordent parfaitement avec les données de Pavy.

Waldeyer s'est surtout occupé du xanthélasma palpébral et a montré que l'hyperplasie du derme était, dans cette affection surtout, prononcée autour des glandes pilo-sébacées et sudoripares. Il a trouvé que la coloration jaune dépendait de la stéatose des éléments embryonnaires de nouvelle formation, mais non des glandes elles-mêmes. C'est donc pour cet auteur une dermatite interstitielle circonscrite avec dégénérescence graisseuse rapide.

Hanz en 1871 a excisé un lambeau de peau chez un jeune homme affecté de xanthoma planum des paupières développé à ce point sur la paupière supérieure droite, que les plaques en dépassaient le bord libre et, par leur poids, en gênaient les mouvements. Ces plaques étaient saillantes et d'une coloration jaune citron. L'examen microscopique a montré le tissu conjonctif du derme sous-cutané dissocié et formant des mailles que remplissaient une ou plusieurs boules d'une couleur jaune clair et médiocrement transparente.

Ces boules, quelquefois disposées en cercle autour des follicules pileux, étaient constituées par des cellules remplies de granulations graisseuses de volume assez uniforme et de 2 millimètres de diamètre. Ces minces granulations encore plus fines formaient aussi des traînées linéaires le long des faisceaux du tissu conjonctif. Il n'existait nulle part de véritable pigment.

Virchow a donné au xanthélasma tuberculeux le nom de molluscum lipomateux et compare les deux formes de cette affection à certains myxomes dont les cellules fusiformes et étoilées subissent aussi une infiltration granulo-graisseuse.

Wickam Legg, en 1874, a montré à la Société pathologique de Londres des préparations de la peau d'une malade atteinte de taches xanthélasmiques très marquées aux paupières, à la paume des mains et de chaque côté de la langue. Il a fait l'autopsie de cette malade et a constaté l'existence d'altérations analogues sur la muqueuse œsophagienne, au niveau de la bifurcation de la trachée et jusque sur la capsule de la rate. L'aorte était légèrement athéromateuse. Pour cette observateur le xanthélasma consiste en une dégénérescence graisseuse des cellules du tissu conjonctif.

D'après Pye Smith le xanthélasma consiste en une hyperplasie chronique du derme muqueux avec envahissement secondaire de l'épiderme et du tissu conjonctif sous-dermique. Le processus peut suivre deux directions. Quand il affecte le type inflammatoire, on ne trouve que des éléments embryonnaires jaunes et arrondis, de véritables leucocytes infiltrés de graisse et de cristaux de cholestérine. Dans les formes lentes subaiguës, il y a néoplasie et apparition d'éléments fusiformes et étoilés du tissu conjonctif. Les cellules embryonnaires ont le temps de s'organiser; elles ne s'infiltrent que lentement de graisse, et ce n'est que rarement et dans les périodes ultimes de la maladie qu'elles arrivent dans la dégénérescence graisseuse. Ces deux processus peuvent aussi bien se rencontrer dans les taches que dans les nodosités. Mais le premier type correspond surtout au xanthelasma planum, le second au xanthelasma tuberosum.

L'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe est bien résumée dans le Mémoire de Kaposi, inséré en 1872 dans le Wiener medicinische Wochenschrift et dans

un article de la pathologie d'Hebra que nous allons donner presque in extenso.

Si l'on incise un morceau de peau qui est le siège d'un xanthoma planum, on remarque sur la surface de section une coloration irrégulière, rouge pâle, avec taches jaune disséminées. En pressant avec les doigts les bords de la section, on voit sourdre une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, mais nullement des corpuscules analogues aux grains de millet. La pression ne fait pas disparaître les points colorés en jaune. Au niveau de ces points aussi bien que des autres parties la peau présente une structure fibreuse plus ou moins compacte.

A l'examen microscopique, de minces coupes faites sur la peau des paupières où siège le xanthoma, on trouve que l'épiderme et la couche papillaire sont à l'état normal. Dans les cellules, des couches plus profondes du réseau de Malpighi existe en abondance un pigment jaune brun, qu'on rencontre aussi, libre ou déposé dans les cellules étoilées, dans des points nombreux et disséminés du chorion.

On trouve encore dans ce dernier des foyer d'un tissu conjonctif tantôt riche en cellules, tantôt fibreux et compacte; ces foyers sont irrégulièrement répandus dans le derme, surtout autour des follicules pileux et des glandes sébacées, dont les parois paraissent épaissies ; on y rencontre encore, irrégulièrement disposées, en plus grand nombre qu'à l'état normal, des cellules étoilées (corpuscules de tissu conjonctif), ainsi que des cellules rondes, pourvues d'un noyau fortement réfringent ; ces dernières y sont dissiminées ou groupées en foyers.

Sous le microscope on distingue nettement les parties normalement colorées en rouge par le carmin, et d'autres

qui apparaissent jaunes sous l'influence de ce dernier réactif. La coloration jaune appartient à des foyers isolés de néoformations conjonctives à fibres denses, serrées. Les corpuscules isolés de tissu conjonctif présentent aussi une teinte jaune d'or.

La coloration jaune provient de la graisse qui est déposée dans les cellules et les faisceaux fibreux sous forme de grosses gouttes brillantes dans et entre les faisceaux fibreux du tissu conjonctif ancien. Ces faisceaux fibreux ont un aspect qui rappelle les enroulements des glandes sudoripares ou les replis boursouflés du mésentère.

Outre la coloration spéciale et l'accumulation en pelotons volumineux, le dépôt graisseux du xanthoma, présente encore ceci de particulier, comme l'ont fait remarquer Waldeyer et Virchow, qu'il ne tient pas à une dégénérescence graisseuse des éléments du tissu intéressé ; c'est plutôt dans le vrai sens du mot un dépôt à caractère indifférent, car les éléments confondus avec la graisse n'offrent aucune altération organique et continuent à vivre et à fonctionner.

Le xanthoma doit donc être considéré, au point de vue anatomique, comme une néoplasie conjonctive interstitielle, avec dépôt dans les éléments du tissu d'une graisse colorée en jaune.

En France M. Chambard a fait d'une façon très complète l'étude histologique des productions du xanthélasma. Il a signalé des lésions vasculaires et nerveuses jusque là ignorées, et nous allons exposer le résumé de ses recherches. Disons tout d'abord qu'il admet trois formes de xanthélasma : 1° la forme plane et papuleuse ; 2° la forme nodulaire et tuberculeuse, et une 3e forme qu'il désigne sous le nom de tubéreuse ; il ne cite qu'un

exemple de cette variété, nous en parlerons plus loin quand nous décrirons la symptomatologie de cette affection.

Les matériaux qui ont servi à ses recherches ont été tous pris sur des sujets vivants et examinés au laboratoire d'histologie du collège de France.

Ces matériaux ont été :

1° Un lambeau de la peau des paupières, excisé par M. Galezowski, chez un sujet affecté de plaques palpébrales.

2° Un nodule qu'il a excisé chez la femme ataxique du service de M. Hillairet, sujet de notre IIIe observation et malade que nous avons pu observer nous-même.

3° Quatre morceaux de peau excisés sur le malade de l'observation II, l'un au menton, le second à l'éminence thénar, le troisième hypothénar, le dernier au niveau des articulations des première et deuxième phalanges de l'index de la main gauche sur la face dorsale de ce doigt.

De l'étude histologique de ces trois formes de xanthélasma, M. Chambard déduit les propositions suivantes :

« 1° Les formes plane, tuberculeuse et celle que nous désignons provisoirement du nom de tubéreuse, cliniquement comparables entre elles, le sont aussi au point de vue histologique.

2° Ces trois formes sont caractérisés par l'évolution de deux processus parallèles, l'un irritatif, l'autre régressif : le premier l'emportant sur le second dans les formes tuberculeuses et tubéreuses et lui cédant, au contraire, le pas dans la forme plane.

3° Dans la forme plane, le processus irritatif est représenté par la tuméfaction albumineuse des cellules conjonctives et la prolifération de leurs noyaux ; le processus

régressif, par la transformation graisseuse de leur proto-plasma.

4° Dans les formes tuberculeuse et tubércuse, le processus irritatif est spécifié par la production d'un tissu conjonctif de nouvelle formation, et le processus régressif par l'infiltration graisseuses des cellules conjonctives du tissu conjonctif ancien et nouveau.

5° La néoplasie conjonctive, dans ces deux dernières formes, intéresse non seulement le tissu conjonctif du derme, mais encore les organes vasculaires, glandulaires et nerveux, qui sont dans les nodules scléreux ou qui existent dans leur voisinage. Ce processus sclérosique envahit la tunique fibreuse des glandes sébacées et sudoripares (périadénite), les tuniques interne et externe des vaisseaux (périartérite, endartérite oblitérante), la gaîne lamelleuse et le tissu conjonctif intrafasciculaire des nerfs (périnévrite, endonévrite). L'altération des nerfs mérite tout particulièrement de fixer l'attention, car elle rend compte des troubles de la sensibilité accusée par les malades, et surtout des douleurs que leur fait éprouver toute pression exercée sur les tubercules xanthélasmiques.

6° Dans la variété que nous séparons, au point de vue clinique surtout, de la forme tuberculeuse, le processus scléreux semble près d'atteindre le dernier terme de son évolution. Le tissu conjonctif de nouvelle formation y est d'autant plus abondant, d'autant plus dense et plus pauvre en éléments cellulaires que l'on se rapproche du centre des nodules, et les vaisseaux et les nerfs qu'on y rencontre y sont le siège de lésions beaucoup plus marquées. Peut-être cette variété représente-t-elle un degré plus avancé de l'évolution tuberculeuse, et pourrait-on expliquer le volume et l'absence de coloration des nodules qui la ca-

ractérisent par l'intensité de la néoformation conjonctive et la disparition des cellules chargées de graisse ; peut-être aussi leur indolence est-elle due à l'étranglement complet des tubes nerveux qui, sur toutes nos préparations, nous ont semblé plus altérés que dans la forme tuberculeuse, et aux troubles apportés à la circulation sanguine par l'endartérite oblitérante qui nous y a paru beaucoup plus accentuée que dans cette dernière. »

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes qui caractérisent le xanthélasma ont été décrits par tous les auteurs suivant les données d'Addison et de Gull, qui les premiers ont traité avec détail cette affection. Ces derniers lui ont reconnu deux formes : la forme plane X. planum et la forme nodulaire ou tuberculeuse X. tuberosum.

Nous croyons pouvoir subdiviser la forme plane en maculeuse et papuleuse, et nous rattacherons à la forme tuberculeuse cette variété décrite par M. Chambard sous le nom de tubéreuse.

XANTHÉLASMA EXTERNE.

1° *Forme plane.* — Variété maculeuse. — Les macules xanthélasmiques se présentent sous l'aspect de taches cutanées dont la coloration varie du blanc jaunâtre, du jaune pâle, jaune-citron, jaune-feuille morte, ou bien encore sui-

vant la comparaison de Rayer, elles ont la coloration de la peau de chamois. Leur dimension est très variable, on en a vu de la longueur, d'une pièce de 5 francs (Kaposi), elles sont généralement isolées, leurs bords sont nets, tantôt unis, tantôt irréguliers et déchiquetés comme ceux d'une fougère (Strauss).

Ces taches situées au même niveau de la peau, sont lisses, molles au toucher, si l'on fait un pli sur un endroit de la peau couvert d'une tache de ce genre, on ne remarque ni dans la consistance, ni dans l'épaisseur de ce repli, aucune différence notable avec un repli semblable formé sur la peau saine, de sorte que le seul symptôme morbide est constitué en définitive par la coloration jaune, appréciable seulement à l'œil. Nous avons pu observer des taches de ce genre sur la muqueuse balano-préputiale du nommé Sonnet qui fait l'objet de notre seconde observation.

La variété papuleuse se compose de papules de forme ovoïde ou lenticulaire, légèrement saillantes, de consistance molle et voisine de celle de la peau environnante, tantôt isolées, tantôt réunies en plaques plus ou moins larges qui semblent lisses et unies au premier aspect, mais qu'un examen plus attentif permet de décomposer en petites élevures séparées par des sillons légèrement marqués. En somme, cette variété ne diffère de la précédente que par les dimensions plus restreintes et la saillie légère des plaques qui la constituent. C'est cette forme que nou avons rencontrée le plus souvent au niveau des paupières.

2° *Forme nodulaire ou tuberculeuse.* — Les tubercules xanthélasmiques paraissent arrondis, sphériques, parfois lenticulaires, faisant une saillie à peine appréciable

ou parfaitement manifeste pouvant même aller jusqu'à 3 et 4^{mm}. Leur volume varie dans des limites très étendues; tantôt ils sont à peine visibles, tantôt acquièrent le volume d'un grain de millet, d'un grain de chènevis et même d'un pois. Ils sont enchassés dans la peau, ils peuvent être saisis avec elle entre les doigts, leur consistance est ferme et légèrement élastique, leur coloration est d'un blanc jaunâtre, quelquefois même leur sommet paraît rouge et enflammé (Murchison). Ces tubercules se rencontrent, ainsi que les papules, à l'état d'isolement ou de confluence, ils peuvent même dans certains cas, former par leur réunion des plaques à surface dure, mamelonnées, assez étendues, comme nous en avons vu chez les quelques malades que nous avons eu l'occasion d'observer.

Variété tubéreuse. — M. Chambard a désigné sous ce nom une variété dont il n'a vu qu'un exemple qui lui a été offert par la femme Ménière dont l'histoire est consignée dans notre troisième observation.

Cette malade ataxique depuis de longues années présentait seulement deux nodules, l'un sur le sein gauche, l'autre à la partie moyenne de la face externe de la jambe du même côté. Ces nodules, dont le volume dépassait celui d'un gros pois, étaient enchassés dans le derme et intimement unis à lui, leur coloration ne différait de celle de la peau que par la teinte légèrement violacée, leur consistance était fibreuse et élastique, ils avaient, en un mot, tous les caractères des nodules de carcinome secondaire de la peau de consistance squirrheuse, que l'on rencontre assez souvent en petit nombre sur les téguments des malades atteints de carcinome ou d'épithéliomas viscéraux. Telle était l'opi-

nion de notre maître M. Hillairet et celle de M. Chambard. L'examen microscopique d'une de ces tumeurs mit M. Chambard sur la voie du diagnostic; ces nodules avaient tous les caractères histologiques des plaques palpébrales qui existaient chez cette malade.

Mode de distribution et siège. — L'éruption xanthélasmique a été observée sur presque tous les points du corps et un certain nombre de muqueuses, les unes accessibles, les autres inaccessibles à l'exploration.

Mais les paupières sont sans contredit le siège le plus fréquent de cette affection. Dans la statistique que nous avons faite pour notre thèse, nous avons pu réunir presque tous les cas de xanthélasma qui ont été cités et nous avons trouvé sur 68 cas observés, que 53 fois le xanthélasma était limité aux paupières.

Le début de l'affection se montre beaucoup plus souvent sur les paupières de l'œil gauche et quand les paupières des deux yeux sont atteintes, l'on peut souvent constater la symétrie des plaques.

De plus, ces taches ont une prédilection très marquée pour l'angle interne de l'œil que les auteurs allemands désignent sous le nom de canthus interne. Les faits que nous venons d'énoncer se trouvent tous confirmés par les observations qui nous sont personnelles, les taches palpébrales sont presque toutes situées au canthus interne des deux yeux, le début a commencé par les paupières de l'œil gauche et elles sont symétriques.

Les taches xanthélasmiques peuvent se rencontrer à la face : sur la partie des joues qui avoisine les paupières, là où le tégument est encore tendre et délicat, sur la peau du

nez, le pavillon de l'oreille. Elles se trouvent souvent au pourtour des orifices naturels, autour de l'orifice buccal par exemple, sur les muqueuses labiale, gingivale et linguale.

Le cou et le tronc sont rarement affectés, mais il n'en est pas de même pour les membres sur lesquels on observe surtout la forme tuberculeuse. On rencontre ces nodosités ou taches au niveau de la paume de la main, le long des lignes et des replis qu'on y voit à l'état normal, au niveau des articulations phalangiennes du côté de la flexion, plus rarement du côté de l'extension ; sur les orteils et la plante du pied, du côté de la flexion et de l'extension. Nous en avons signalé dans notre observation IV au niveau du poignet du côté de l'extension, au niveau des genoux et sur la face postérieure de la cuisse gauche.

Kaposi a vu des nodosités de xanthoma, au nombre de 30, isolées, semblables à des grains de blé, sur la racine du pénis d'un jeune homme ; nous avons vu également, chez le nommé Sonnet, le même semis de granulations sur le pubis et la peau du quart postérieur de la verge.

Le même malade présentait à l'extrémité antérieure de la verge, dans la rainure balano-préputiale, une large tache d'un blanc jaunâtre, lisse, à bords irréguliers et diffus.

Xanthédasma interne. — Pye Smith a signalé le xanthélasma sur la muqueuse du voile du palais, de la partie supérieure de l'œsophage et jusque sur les canaux biliaires dilatés à la suite d'une oblitération du canal cholédoque. Wickam Legg a montré, en 1874, à la Société pathologique de Londres, les pièces d'un homme qui offrait un exemple remarquable de localisation interne de l'af-

fection que nous étudions. Chez ce malade, il existait des taches aux paupières, aux oreilles, à la nuque, aux jarrets, à la paume des mains, et à l'autopsie on en a trouvé également sur la muqueuse œsophagienne, à la bifurcation de la trachée, et sur la capsule de la rate.

L'autopsie du nommé Sonnet nous a fourni le plus bel exemple connu de xanthélasma laryngo-trachéo bronchique. Les voies respiratoires sur toute leur longueur, depuis l'épiglotte jusqu'aux ramifications bronchiques de quatrième et cinquième ordre, étaient couvertes de papules légèrement saillantes. L'on pourra voir à la fin de notre travail un dessin représentant la larynx de ce malade.

Des lésions analogues ont été signalées sur les sérenses; Wickam Legg a trouvé des plaques sur la capsule de la rate et sur la portion du péritoine qui recouvre le rectum. Hilton Fagge en a vu sur l'endocarde de l'auricule gauche, sur la tunique interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

La cornée elle-même peut être atteinte, et Virchow rapporte l'observation d'un malade de la clinique de Von Graefe qui avait sur la cornée droite une tumeur jaunâtre de plusieurs lignes qui, à l'examen microscopique, se montra constituée par de grosses cellules de forme variable remplies de granulations graisseuses volumineuses.

MM. Malassez et de Sinety ont signalé des taches semblables sur les parois des kystes de l'ovaire dit prolifères, et que M. Malassez désigne sous le nom d'épithélioma mucoïdes.

Caractères subjectifs. — Les macules et taches xanthé-

lasmiques sont complètement indolores ; quelques malades ont pourtant éprouvé des démangeaisons et des picotements à leur niveau.

Les nodules xanthélasmiques sont le siège de douleurs vives lorsqu'ils sont soumis à des frottements et des contusions répétées; ces conditions se réalisent pour les tubercules de la face palmaire des doigts et de la main. La malade qui fait l'objet de notre quatrième observation, et qui a des tubercules xanthélasmiques au niveau de la face dorsale du poignet, éprouve de vives douleurs lorsqu'elle fait des mouvements et surtout si elle veut saisir un objet. Ces douleurs peuvent être attribuées aux lésions nerveuses qui ont été déjà décrites, ou à l'adhérence de ces tubercules avec les tendons sous-cutanés. Pavy rapporte un cas où les tubercules de la face dorsale des doigts suivaient les mouvements du tendon correspondant en glissant au-dessous de la peau qui était parfaitement saine. Quand elles existent, ces douleurs sont très-vives, brûlantes, térébrantes et extrêmement pénibles.

Troubles fonctionnels. — Chez la plupart des malades que nous avons observés, nous avons pu constater une certaine gêne dans les mouvements des paupières. Lorsque ces plaques palpébrales ont acquis un certain volume, elles alourdissent ces voiles membraneux ; elles peuvent dépasser leur bord libre et apporter un certain obstacle à l'exercice de la vision.

Les troubles fonctionnels, déterminés par la présence de tubercules confluents à la paume des mains et sur la pulpe des doigts, sont beaucoup plus graves et peuvent empêcher le malade de se livrer à toute profession manuelle.

L'impossibilité de travailler était ce qui désolait le plus le nommé Sonnet.

La marche, la station debout, l'action de s'asseoir et de se lever s'accompagnent de douleurs extrêmement pénibles et mettent par suite le malade dans une situation très fâcheuse.

MARCHE, DÉVELOPPEMENT, PRONOSTIC

La marche du xanthélasma est variable suivant les cas. Habituellement, l'éruption se localise aux paupières et reste stationnaire. Le pronostic est alors favorable. Quand, au contraire, elle s'étend aux autres parties de la peau, aux muqueuses, elle paraît avoir une marche progressive jusqu'à ce que la mort arrive. Cependant, il y a un certain nombre de cas où l'on a observé une tendance très nette à la régression, et parfois même une disparition complète des taches sur des points limités. La durée est également variable. En ce qui concerne le xanthélasma des paupières, elle est indéterminée. Il n'en est pas de même quand l'affection est généralisée. Dans ces cas, le pronostic est très grave : c'est celui de l'ictère chronique, ou plutôt de la lésion dont l'ictère dépend. Cependant, même dans ces conditions, le xanthélasma a pu avoir une durée de sept ans comme dans une observation de Franck Smith (Straus).

Tantot le xanthélasma prend naissance par une ou plusieurs petites taches jaunes qui passent à l'état de nodosités ; tantôt il revêt, dès le début, cette dernière forme. Les diverses plaques s'agrandissent avec le temps par une

extension périphérique irrégulière, ou plutôt par leur réunion à la périphérie avec des taches punctiformes et des nodosités de nouvelle formation ; elles persistent ensuite sans se modifier pendant très longtemps.

Le xanthélasma, soit sous forme de taches, soit sous forme de nodosités, ne subit pas d'autres modifications, même pendant un grand nombre d'années ; ainsi, il ne s'ulcère jamais. On ne l'a jamais vu réagir sur l'état général.

Le développement et la marche du xanthélasma permettent de conclure que les deux formes plane et tuberculeuse sont identiques aussi bien au point de vue clinique qu'anatomique. Non seulement elles se développent l'une à côté de l'autre et dans les mêmes circonstances chez le même individu, mais encore on peut voir des taches de xanthélasma se couvrir de nodosités en certains points de leur surface, particulièrement au niveau de leurs bords ; quelquefois même la surface tout entière du xanthélasma planum se transforme, au bout de plusieurs mois, en un véritable xanthélasma tuberosum. (Observation 4e d'Addison et Gull.)

ETIOLOGIE

Nous ne connaissons pas d'une manière certaine la cause occasionnelle de cette singulière affection cutanée. Plusieurs opinions ont été émises à ce sujet, et nous nous bornerons à en donner un léger aperçu, sans toutefois les contrôler. Nous étudierons ensuite les causes prédisposantes telles que l'âge, le sexe, l'hérédité sur lesquelles

nous avons des données certaines, et nous passerons en revue les différentes affections que l'on a rencontrées chez les xanthélasmiques avec assez de fréquence pour qu'on ait pu songer à établir entre elles et le xanthélasma une relation pathologique et leur faire un rôle dans la pathogénie de cette dermatose.

Hébra regarde le xanthélasma comme une dégénérescence spéciale du sébum et des glandes qui sécrètent cette substance. Nous savons aujourd'hui que le xanthélasma n'est pas une affection des glandes de la peau, mais bien du tissu conjonctif. La présence de diverses formes de cette affection en des points dépourvus de glandes sébacées : paumes des mains, muqueuses, séreuses, etc., suffisait d'ailleurs, en dehors de toute notion histologique, pour renverser la théorie d'Hebra.

Hutchinson, qui ne connaissait guère que les plaques palpébrales, les rapproche des taches qui surviennent dans la même région dans le cours des affections hépatiques, utérines et de certaines affections nerveuses. Il admet « que toute cause capable de produire des aréoles sombres autour des yeux : grossesse, troubles hépatiques, maladies de l'ovaire, simple fatigue nerveuse, peut prédisposer au xanthélasma. » D'autre part, Hilton Fagge considère comme probable « que les taches xanthélasmiques des paupières sont le résultat d'une perversion de nutrition secondaire à des troubles nerveux et comparables aux modifications de couleur des sourcils dont le Dr Austie a bien montré la dépendance par rapport aux accès névralgiques. »

M. le professeur Potain a cherché une explication rationnelle du mode de production du xanthélasma. Pour ce savant médecin, le dépôt d'amas graisseux qui carac-

térise le xanthélasma serait « le résultat d'une altération, d'une oxydation particulière développée sous l'influence d'une maladie du foie. »

Pour M. Quinquaud, le processus irritatif se trouverait dans le sang ; il résulte de ses analyses que le sang des xanthélasmique renferme beaucoup plus de matières grasses et de cholestérine qu'à l'état normal, que l'hémoglobine y est en un peu moins grande quantité, et que son pouvoir absorbant pour l'oxygène est également diminué. D'après M. Quinquaud, les matières grasses forment avec les sels du sang un savon qui se dépose dans les éléments anatomiques du derme, les irrite et détermine leur prolifération. Mais, comme le sang est chargé de cholestérine et que son pouvoir absorbant est diminué, cette inflammation, au lieu d'évoluer d'une manière complète, n'aboutit qu'à la dégénérescence graisseuse des éléments avides ; c'est à ce mode d'inflammation que M. Quinquaud donne le nom de phlegmasie aditosique.

D'après la statistique que nous avons faite, l'âge moyen des malades chez lesquels on peut rencontrer le xanthélasma est compris entre 41 et 46 ans, le plus âgé que l'on ait observé avait 81 ans. Bazin a recueilli l'observation d'une jeune malade, âgée de 16 ans, qui offrait un des plus beaux cas de xanthélasma généralisé, M. Cary de Lyon en a observé un cas chez une jeune fille âgée de 10 ans, mais ces faits peuvent être considérés comme des exceptions et cette affection se montre le plus souvent à l'âge mûr.

Le xanthélasma est plus commun chez la femme que chez l'homme; d'après Addison et Gull, les trois quarts des malades appartiendraient au sexe féminin. Sur nos 8 observations personnelles, nous avons 3 cas en faveur des hommes et 5 cas du côté des femmes et si nous consul-

tons notre statistique, nous trouvons sur 68 malades, 28 hommes et 38 femmes.

Church regarde la transmission héréditaire du xanthélasma comme assez fréquente, bien qu'il n'ait pu l'observer que dans deux familles. Pour cet auteur, la forme plane et localisée aux paupières serait surtout héréditaire; dans le tableau suivant l'on pourra se rendre compte de la distribution de cette affection dans une famille qui se composait de 3 garçons et de 4 filles.

1° Fils aîné...	Fille..	Xanthélasma.	Enfants et petits-enfants indemnes
—	Fille..	—	
—	Fille..	—	

2° Fils. Pigmentation de la peau.

3° Fils. Mort jeune.

4° Fille aînée. Xanthélasma. — Pas d'enfants.

5° Fille. Petit-fils. — Xanthélasma.

6° Fille. Enfants et petits-enfants indemnes.

7° Fille. Xanthélasma. Cinq enfants dont un atteint de xanthélasma.

Il n'a existé d'affection hépatique chez aucun des membres de cette famille, quelques-uns avaient seulement de légères migraines.

La grand'mère d'une des malades d'Hutchinson, aurait été atteinte de xanthélasma; la même affection se rencontrait chez deux frères dont le même observateur raconte l'histoire. Enfin nous avons été assez heureux pour rencontrer un cas d'hérédité chez une de nos malades dont le père a eu des taches jaunes aux paupières, semblables à celles qu'elle a en ce moment.

Au point de vue de la fréquence l'on peut dire que le xanthélasma n'est pas aussi rare que l'on croit. Depuis près de quinze mois que nous sommes dans la clinique de

M. le Dr Gorecki, nous avons pu recueillir trois observations. Notre ami M. Meunier, interne des hôpitaux, a bien voulu faire une statistique pour notre travail et sur 800 malades qu'il a examinés, il a trouvé deux cas de xanthélasma dont nous avons pu prendre les observations.

Parmi les maladies qui ont présenté des relations, soit de coïncidence, soit de cause à effet avec le xanthélasma, nous devons citer en première ligne les altérations organiques du foie. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection depuis Hutchinson ont insisté sur la fréquence de l'ictère dans le cours du xanthélasma, et l'ont même rencontré plus souvent que le dermatologiste anglais qui, n'ayant guère observé que la forme palpébrale, ne l'avait signalé que 6 fois sur 36 observations. Nous le trouvons indiqué 25 fois sur nos 68 observations, encore les observations d'Hutchinson sont-elles comprises dans ce nombre; de telle sorte que l'ictère a été noté 19 fois sur 30 cas depuis la mémoire de ce pathologiste.

L'ictère est beaucoup plus fréquent dans la forme généralisée que dans la forme purement palpébrale; il est généralement foncé et de longue durée ; on l'a vu persister des mois et même des années, 7 ans, dans une observation de Franck Smith. Chez quelques malades le xanthélasma n'aurait apparu qu'un grand nombre d'années après l'ictère, chez d'autres, au contraire, l'ictère se serait manifesté seulement alors que le xanthélasma existait déjà depuis plusieurs années. Quoi qu'il en soit le xanthélasma survient souvent, dans le tiers des cas peut être, au cours d'un ictère chronique et nous voyons là plus qu'une coïncidence. Quant à l'affection organique du foie qui a donné lieu à cet ictère chronique, nous n'avons que des renseignements très incertains, et nous ne trouvons malheureu-

sement dans les auteurs que fort peu de diagnostics précis et encore moins d'autopsies bien faites.

Le diabète a été signalé par Bristowe, Addison et Gull, nous en avons un cas dans nos observations personnelles.

Le xanthélasma présente des relations très étroites avec les affections de nature arthritique. Presque tous les malades que nous avons observés ont présenté des phénomènes que l'on peut rattacher à l'arthritis et qui ont consisté en migraines nauséeuses, accidents goutteux et rhumatismaux, paralysies et engourdissements temporaires des membres et surtout des membres supérieurs; plusieurs enfin ont eu des coliques ou tout au moins des douleurs hépatiques, certains étaient dyspeptiques. Ajoutons que certains malades ont eu en outre des accès d'amaurose.

Les dermatoses ne semblent pas beaucoup plus communes chez les xanthélasmiques que chez les autres; sur nos 68 cas nous en trouvons 5 cas dans lesquels nous faisons rentrer bien entendu le prurigo. Le xanthélasma paraît cependant plus commun chez les personnes brunes; presque tous nos malades avaient la peau et le système pileux très bruns, nous avons surtout signalé ce fait chez la dame B..., qui fait l'objet de notre huitième observation personnelle, les régions palpébrales et orbitaires offrent une coloration bronzée extrêmement prononcée.

DIAGNOSTIC:

Les différents aspects sous lesquels se présente le xanthélasma expliquent qu'il puisse être confondu quelquefois avec des affections cutanées très différentes. Les variétés de

cette affection dépendent, en effet, non seulement de la configuration de l'étendue et de la saillie plus ou moins grande de la néoplasie, mais encore de ses caractères anatomiques.

Il est certains tubercules xanthélasmiques, principalement ceux qui se sont développés récemment, formés par un tissu conjonctif encore peu condensé entre les fibres desquels se trouvent un dépôt abondant de matière adipeuse. Ces petits tubercules présentent une mollesse et une coloration jaune toute particulière, d'autre part les papules, principalement dans les régions palpébrales, offrent souvent l'aspect de petits grains arrondis légèrement saillants, et d'un volume comparable à celui d'un grain de millet. Sous ces deux formes le xanthélasma papuleux et tuberculeux pourrait être confondu avec cette hypertrophie des culs-de-sac sébacés qu'on a désignée du nom de milium.

Nous ne pensons pas à vrai dire que cette erreur soit bien fréquemment commise car le milium, affection des plus communes, se présente sous forme de petits grains disséminés, d'une coloration blanchâtre, et siège sur le nez et sur les joues plus encore que sur les paupières. Ce n'est guère que pour nous conformer à l'usage que nous avons établi le diagnostic différentiel entre cette affection et le xanthélasma qui, dans tous les cas, se reconnaîtra facilement.

Les tubercules xanthélasmiques lorsqu'ils sont anciens, subissent l'évolution scléreuse, le tissu conjonctif qui les compose se condense, la circulation interstitielle disparaît, la graisse contenue dans les cellules conjonctives se résorbe en partie, et le tubercule xanthélasmique, en même temps qu'il se décolore, acquiert une consistance ligneuse.

On comprend que dans ces cas les tubercules perdent leur caractère pathognomonique et puissent être confondus avec certaines tumeurs de la peau dans lesquelles l'élément fibreux est prédominant.

Lorsque les tumeurs xanthélasmiques seront nombreuses, peut-être pourront-elles être confondues avec certains cas singuliers de myomes et de fibromes multiples de la peaut Nous ne sachons pas que cette erreur ait encore été commise, mais ce que nous savons sur l'évolution histologique du xanthélasma d'une part, et d'autre part la connaissance de certains cas de tumeurs fibreuses et musculaires de la peau, tels que ceux de M. Besnier a récemment publiés dans les Annales de dermatologie, nous feront concevoir la possibilité de semblables erreurs. Les formes de xanthélasma tuberculeux auxquelles nous faisons allusion sont encore trop peu connues pour que nous en indiquions les caractères différentiels, mais le xanthélasma étant encore une affection à l'étude et dont les exemples se multiplient de jour en jour, nous avons cru devoir prévoir l'embarras futur du clinicien et le prémunir contre la possibilité d'une erreur de diagnostic.

Un autre cas plus singulier encore et dont nous ne connaissons qu'un exemple s'est déjà présenté. Nous avons vu dans le service de notre maître, M. Hillairet, une ataxique chez laquelle l'affection qui nous occupe, se présentait sous un aspect absolument insolite. Cette femme portait, il est vrai, quelques plaques palpébrales facilement reconnaissables bien que peu développées, mais un examen attentif fit découvrir sur la région mammaire, du côté gauche et sur la face antéro-externe de la jambe du même côté, deux gros tubercules entièrement dépourvus de coloration jaunâtre, faisant corps avec le derme et seulement

signalés par une légère saillie, et par quelques arborisations veineuses qui se distribuaient à leur surface. Ces tubercules ne présentaient nullement les caractères de tubercules xanthélasmiques : ils en différaient tellement que M. Hillairet et M. Chambard, malgré l'existence des plaques palpébrales, n'en reconnurent pas tout d'abord la véritable nature. Frappés par l'état cachectique de la malade et par les troubles digestifs dont elle se plaignait, ils considérèrent ces tumeurs comme des nodules de carcinome secondaire de la peau, symptomatique d'une affection carcinomateuse ou épithéliomateuse latente de l'appareil digestif. Ce ne fut que par l'examen microscopique de l'une de ces tumeurs excisée sur la malade, et par la comparaison des préparations ainsi obtenues avec celles qui lui avaient été fournies précédemment par le nommé Sonné, que M. Chambard est parvenu à reconnaître la nature xanthélasmique de ces tubercules, et à créer une forme nouvelle de xanthélasma, la forme tubéreuse qui pour être représentée par un cas unique n'en a pas moins une existence incontestable et n'en présente pas moins, comme on le voit, une certaine importance au point de vue du diagnostic.

D'une façon générale on devra, pour déterminer la nature xanthélasmique d'une éruption tuberculeuse soit discrète, soit confluente, se baser sur le siège des tubercules qui présentent, comme nous l'avons vu, certaines localisations bien déterminées, sur leur coloration qui peut, il est vrai, dans certains cas rares faire défaut, sur les troubles de la sensibilité dont ils sont le siège et qui trouvent leur substratum anatomique dans les altérations nerveuses que M. Chambard a découvertes. Enfin dans la coexistence extrêmement fréquente de macules et de papu-

les palpébrales faciles à reconnaître. Dans les cas les plus embarrassants on aura toujours la ressource d'exciser les tubercules les moins volumineux et d'en pratiquer l'examen histologique : on trouvera alors les lésions absolument caractéristiques du xanthélasma.

TRAITEMENT.

Les notions que nous avons acquises sur le mode de développement du xanthélasma sur les relations de cette affection cutanée avec des lésions générales, telles que celles que M. Quinquaud a constatées dans le sang, et des maladies constitutionnelles telles que l'arthritis, permettent d'espérer qu'il sera permis un jour de lui opposer un traitement rationnel et véritablement médical. S'il est vrai, en effet, que certaines modifications du liquide sanguin déterminent, dans certains tissus, les altérations scléro-adipeuses qui caractérisent anatomiquement l'affection qui nous occupe, peut être ne sera-t-il pas impossible d'y introduire des substances médicamenteuses qui atténuent ses propriétés irritantes et détruisent la graisse qui y est contenue. Un pareil traitement, il est vrai, ne taurait faire disparaître entièrement les tubercules xanthélasmiques parvenus à une période assez avancée de leur évolution et dans lesquels le tissu conjonctif a déjà subi la transformation scléreuse, mais ils pourraient avoir pour effet d'empêcher la formation de nouveaux tubercules et peut-être de faire disparaître les papules et tubercules jeunes dans lesquels l'élément adipeux est prédominant.

On devrait également, d'après les mêmes principes, s'attacher au traitement des affections hépatiques qui coïncident si souvent avec le xanthélasma, de l'ictère qui est la conséquence de ses affections et des maladies générales parmi lesquelles l'arthritis occupe le premier rang qui semble dominer la scène pathologique.

On conçoit que nous ne puissions que nous borner de poser ces indications générales, car d'une part les observations plus nombreuses et plus complètes que celles qui se trouvent actuellement dans la littérature médicale mèneront seules à la connaissance du xanthélasma au point de vue de la pathologie générale, et d'autre part exposer la thérapeutique des affections organiques du foie, de l'ictère et de l'arthritis, serait sortir de notre sujet.

Jusqu'à ce jour le traitement local du xanthélasma a seul été essayé, et les tentatives que l'on a faites dans ce sens n'ont été que l'application de deux méthodes de chirurgie générale, l'extirpation et la cautérisation.

L'extirpation se trouvera naturellement indiquée lorsque l'éruption xanthélasmique sera très discrète, et sa possibilité sera subordonnée au nombre, au siège et à l'étendue des plaques et des tubercules. On comprend, en effet, qu'il serait impossible d'exciser un nombre de tubercules un peu considérable : bien que l'opération soit bénigne en elle-même, au moins lorsqu'aucune maladie générale telle que le diabète, ou lorsqu'une affection du système nerveux telle que l'ataxie locomotrice ne vient contre-indiquer une opération sanglante. Mais il est des cas où ces tubercules sont tellement nombreux que les avantages qui résulteraient de l'ablation de quelques-uns seraient loin de compenser la gêne, l'ennui et les incommodités qui proviendraient pour le malade de tant d'opérations suc-

cessives. Il est également des cas où les tubercules sont tellement confluents qu'il faudrait pour en opérer l'ablation dépouiller entièrement de larges surfaces cutanées.

L'ablation de certaines plaques ou de certains tubercules même peu volumineux peut, dans certaines régions, entraîner des difformités qui seraient pour le malade la cause de gênes, de troubles fonctionnels et même d'impotence professionnelle. C'est ainsi que certaines plaques palpébrales sont tellement placées que leur extirpation serait suivie de cicatrices vicieuses et d'ectropion. On a signalé également l'adhérence de certains tubercules aux tendons extenseurs des mains, et peut-être une opération si voisine et peut être un champ opératoire si voisin de ces tendons pourrait-il exposer à des synovites ou à des exfoliations tendineuses qui présenteraient non seulement des inconvénients, mais encore des dangers.

Il importe, d'autre part, lorsqu'on enlève un tubercule ou une plaque xanthélasmique, de l'enlever en totalité. Il est facile de le faire pour les tubercules peu volumineux et bien circonscrits, mais l'extirpation radicale de la lésion est moins certaine lorsqu'il s'agit de plaques dont les limites sont plus diffuses, et nous savons même que l'examen microscopique des tubercules a montré qu'il existait autour des nerfs et des glandes sudoripares des altérations scléro-adipeuses diffuses dont rien à l'extérieur ne vient révéler l'existence. Le chirurgien se trouve donc en présence des tubercules xanthélasmiques dans la même situation que devant certaines tumeurs carcinomateuses de la peau qui semblent à première vue non moins bien limitées. M. Chambard a montré, en effet, qu'il existait autour de ces tumeurs une zone quelquefois très étendue dans laquelle les lacunes conjonctives renferment de petits

nids de cellules épithélioïdes solitaires, dont la présence suffit parfaitement pour former de nouveaux foyers cancéreux, quelque radicale que semble avoir été l'extirpation de la tumeur primitive.

Ces considérations nous amènent à nous demander si les tumeurs xanthélasmiques peuvent récidiver ; bien que la connaissance de la structure de ces tumeurs nous permette par analogie et par comparaison d'incliner vers l'opinion contraire, nous croyons toutefois pouvoir conseiller lorsqu'on enlèvera une tumeur xanthélasmique de l'extirper d'une façon aussi complète que possible. Nous pensons en effet, d'après nos observations personnelles, qu'une plaque incomplètement enlevée peut continuer à s'accroître et se reconstituer au bout de quelque temps avec tous ses caractères.

Une question non moins intéressante et non moins obscure est la contagion du xanthélasma ; on sait en effet que certains papillomes et certaines verrues peuvent se transmettre par inoculation. On sait également que l'acné varioliforme, le molluscum contagiosum de Bateman est également contagieux et inoculable. Aucun fait ne vient prouver jusqu'ici qu'il en soit de même pour le tubercule xanthélasmique. Mais la chose n'a rien d'impossible en soi, cette question mériterait d'être étudiée et MM. Wecker et Landolt ont proposé de l'étudier par le procédé de la greffe.

La cautérisation des plaques et des tubercules xanthélasmiques peut être opérée par trois procédés : 1° le cautère actuel ; 2° la cautérisation potentielle et 3° les injections caustiques.

Les cautérisations actuelle et potentielle pourront être employées pour des plaques peu étendues ou des tuber-

cules peu volumineux, et le cautère actuel aura surtout l'avantage de posséder une action bien circonscrite et d'atteindre la profondeur nécessaire. Ce moyen sera d'une application d'autant plus facile que l'on possède aujourd'hui dans le thermo-cautère un instrument excellent à tous égards, toujours prêt à fonctionner, pouvant revêtir toutes les formes et dont la température peut être réglée avec une assez grande précision. Mais s'il s'agissait de détruire des tumeurs volumineuses, le cautère potentiel serait insuffisant et le cautère actuel serait passible, bien qu'à un moindre degré des reproches que l'on peut adresser à la méthode d'exérèse par instrument tranchant.

Nous avons vu essayer la méthode des injections interstitielles à l'hôpital Saint-Louis sur le malade qui fait l'objet de notre deuxième observation par M. Chambard. Il a essayé en effet de provoquer la résorption des tubercules xanthélasmiques en injectant dans leur épaisseur au moyen d'une seringue de Pravaz, une solution concentrée d'acide chromique, il essaya également, mais nous devons le dire sans aucun espoir de succès, de dissoudre la graisse que les tubercules renferment au moyen d'injections d'éther et de chloroforme. Ces tentatives furent absolument infructueuses et lorsque les recherches de M. Chambard l'eurent éclairé sur la structure de ces tubercules, la raison de cet insuccès lui fut parfaitement démontrée. Ces tubercules en effet sont formés par un tissu scléreux extrêmement condensé dans lequel les espaces lymphatiques ont presque entièrement disparu et n'existent à l'état de vestige que dans les régions périphériques. D'autre part, les vaisseaux et principalement les artérioles sont le siège d'une périartérite et d'une endartérite qui en rétrécissent singulièrement la lumière; on comprend que dans ces conditions,

la circulation sanguine et interstitielle soit presque complètement abolie dans les tubercules, et que les liquides qu'on y injecte ne puissent y pénétrer et diffuser dans leur masse.

En résumé, l'instrument tranchant et surtout la cautérisation actuelle permettront de détruire et d'enlever les plaques et les tubercules peu volumineux, surtout lorsque par leur situation ils déterminent un trouble fonctionnel : tels sont ces tubercules qui, placés à l'entrée des narines portent un obstacle à la respiration nasale, telles sont ces plaques qui alourdissent les paupières et qui, dépassant leur bord libre, gênent l'exercice de la vision.

Par contre, lorsque les tumeurs sont nombreuses on ne pourra songer à les détruire ou à les extirper. On devra également s'abstenir lorsque des tubercules confluents occuperont des surfaces considérables où les difformités cicatricielles résultant de l'opération ne seraient pas compensées par de sérieux avantages. Enfin, la structure même des tubercules xanthélasmiques ne permet pas d'espérer que l'on puisse absorber la graisse qu'ils renferment en y injectant les réactifs dissolvants des matières grasses, ou de détruire le tissu conjonctif qui forme la majeure partie de leur masse aux moyens d'injections de liquides caustiques.

Obs. I. — Xanthélasma plat palpébral. — Coloration foncée de la peau. — Névropathie hystéro-hypochondriaque héréditaire. — Arthritis. (Observation recueillie par M. Chambard).

Mme Boulet, âgée de 38 ans, admise à la Salpêtrière, entre à plusieurs reprises dans le service de M. Charcot, à l'infirmerie, où elle a été observée pendant les années 1876 et 1877.

Antécédents héréditaires. — Le père, emporté, mais « d'un cœur excellent », mourut à 35 ans d'une affection d'une nature indéterminée.

La mère, très nerveuse, était, sans avoir de véritables attaques de nerfs, sujette à des accès d'excitation psychique, pendant lesquels elle riait, pleurait sans motifs et se livrait à toutes sortes de divagations. Son caractère était doux et sa volonté faible. Atteinte d'une affection cardiaque, elle mourut de « joie » en apprenant le retour d'un de ses enfants qu'elle croyait gravement malade.

Le père de Mme B... serait également affecté d'une maladie de cœur et se plaint de douleurs articulaires, bien que ses jointures ne soient ni gonflées ni douloureuses à la pression et pendant les mouvements. D'un caractère faible comme sa mère, il est pusillanime et se laisse facilement abattre. Il y a peu de goût pour les plaisirs vénériens, et sa sœur le croit encore « sage. » Elle se plaint amèrement de son égoïsme ; toujours préoccupé de ses propres souffrances, il est très froid pour elle, n'accorde aucune attention à ses maux, et néglige de la visiter. » Il est d'ailleurs intelligent et remplit les fonctions de caissier dans une usine à gaz.

La sœur, âgée de 35 ans, a un caractère absolu, emporté, « mais sans méchanceté. »

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans et mariée à 17 ans, Mme B... paraît avoir eu à cette époque des accidents hystériformes bien caractérisés. Plus tard, son caractère devint irritable. Elle était « très nerveuse, violente, tenace dans ses volontés, sujette à des accès de colère qu'elle passait sur ses ouvriers, et qu'elle reconnaît n'avoir pas toujours été bien justifiés. » Positive et peu disposée aux rêveries et à l'idéalisme, elle est cependant affectueuse, aimante pour ses enfants et son mari, bien que celui-ci eût lieu de se plaindre de sa répugnance pour les relations sexuelles. — « J'étais, dit-elle, très

rieuse et très froide. » — Elle paraît avoir eu quelques accès d'hystérie convulsive au moment de la dernière guerre.

Elle eut six enfants, qui ont tous succombé. Le premier fut expulsé prématurément au septième mois de la grossesse, le second mourut d'une rougeole avec broncho-pneumonie ; le troisième avorta au quatrième mois ; le cinquième fut emporté par une diarrhée cholériforme ; le sixième enfin fut tué accidentellement par une chute sur la tête.

A 22 ans, légère attaque de rhumatisme articulaire qui la tint au lit pendant une huitaine de jours ; 4 ou 5 ans après, à la suite d'une chute sur les genoux, il s'y développe une affection articulaire, qui fut tour à tour regardée comme une arthrite fongeuse et comme une arthrite sèche de nature rhumatismale. C'est à cette dernière opinion que s'arrêtèrent Nélaton, qui fit cesser les gouttières et les vésicatoires, et MM. Verneuil, Périer et Gillette, qui furent successivement appelés à lui donner ses soins.

La mort tragique et inopinée de son mari, survenue en 1874, et suivie de la perte de sa fortune, fut pour Mme B... la cause de grands chagrins et le point de départ des phénomènes névropathiques qu'elle présente aujourd'hui à notre observation. En apprenant cette triste nouvelle, elle tomba sans perdre entièrement connaissance, fut prise de violentes palpitations cardiaques, et ses règles, qui coulaient alors, s'arrêtèrent.

Ses infirmités la firent admettre à la Salpétrière en 1875. Elle aurait eu alors une affection du sein gauche, que M. Le Dentu aurait cru de nature fibreuse et aurait traité par l'iodure de potassium. Plus tard, M. Terrier en aurait reconnu le caractère purement névralgique ; enfin, M. Gillette aurait discuté et repoussé l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

C'est en 1876 que se serait montrée l'affectation cutanée, qui fait l'objet de notre étude.

Etat actuel. — La malade est une femme de 38 ans ; son embonpoint assez notable s'est surtout développé depuis 1870 ou 1871, sa figure est pleine, sa physionomie intelligente et expressive, ses cheveux sont noirs et son système pileux assez développé. On est tout d'abord frappé de la coloration pigmentée de la face qui est surtout manquée autour des yeux, qui paraissent cernés.

L'appétit est bon, bien que capricieux, et quoique la malade s'étend

longuement sur les troubles dyspeptiques dont elle se dit tourmentée Elle digère mal, souffre de renvois aigres, acides gazeux, d'une sensation de brûlure au creux épigastrique et à la gorge, de diarrhée continuelle, l'engageant à se présenter à la selle jusqu'à 3 ou 4 fois par jour, de vomissements bileux qui surviennent tous les matins; elle aime les viandes salées, se trouve mal nourrie et se fait donner de la pepsine.

La miction est peu abondante et s'accompagne de douleurs uréthrales brûlantes; l'urine est rouge, boueuse, épaisse, et sa quantité ne dépasse pas deux verres par jour, bien que pendant ce laps de temps la malade se présente au bassin « plus de 20 fois ». Elle ne contient ni sucre ni albumine.

Depuis 2 ans, Mme B... se plaint « de coliques hépatiques » qui consistent en douleurs partant de la région du foie, s'irradiant vers le creux épigastrique, la région ombilicale et s'accompagnant sinon de véritables vomissements, du moins de nausées et de régurgitations bilieuses.

Ces accès se termineraient brusquement au bout d'une heure pour faire place à une douleur fixe localisée à l'hypochondre droit et à un ténesme ano-vésical. L'ictère n'aurait jamais été bien constaté, et la palpation ainsi que la percussion du foie ne permettent de sentir aucune modication du volume de cet organe.

Bien que notre malade se plaigne également de troubles de la respiration et de la circulation, de palpitations cardiques, et se dise atteinte d'une affection organique du cœur, reconnue par plusieurs médecins, un examen attentif de l'appareil cardio-pulmonaire ne nous permet d'y reconnaître aucun trouble fonctionnel ni aucune lésion organique. Le pouls est régulier, les battements du cœur sont sourds et se répètent 92 fois par minute.

A cela ne se bornent pas les plaintes de Mme B... Au sein gauche elle ressent toujours des élancements douloureux ; l'examen de la région nous fait constater l'absence de toute tumeur et l'existence de points de névralgie intercostale. Aux régions hypochondriaques, surtout à droite, existent également des douleurs pungitives et gravatives de nature névralgique ; à la région lombaire, ce sont « des coups de barre qui lui brisent les reins » ; à la région épigastrique, un poids qui l'opprime entre l'estomac et le ventre ; à la face des douleurs survenues il y a 10 ans à la suite d'une course faite nu-tête et reve-

nant depuis ce temps-là sous forme d'accès assez fréquents accompagnées de rougeur de l'œil et de larmoiement.

Il n'est pas enfin jusqu'aux membres, aux poignets, aux doigts de pied qui ne soient le siège de douleurs revêtant également un caractère franchement névralgique.

Violentes palpitations cardiaques et douleurs précordiales semblables à « des coups de canif. » Ces palpitations douloureuses surviennent « par accès qui sont fréquents surtout depuis deux ans : » alors son cœur se serre, elle est sur le point de se trouver mal, sa vue se trouble, elle voit des milliers d'étincelles. »

Le sommeil agité, troublé par des douleurs, des rêves, des cauchemars, « on l'assassine, on la noie, ses enfants tombent à l'eau. »

Au point de vue psychique, Mme B... est, ainsi qu'on peut déjà le soupçonner par tout ce que nous venons de rapporter, une névropathe hypochondriaque non délirante. Très intelligente, très fine, un peu malicieuse même, raisonnable en tous points, elle ramène insensiblement la conversation sur ses souffrances, s'en plaignant sans amertume avec une sorte de bonne humeur qui contraste avec la gravité et la multiplicité des maux dont elle se plaint. Elle appartient à cette catégorie assez nombreuse de névropathes l'on que pourrait appeler hypochondriaques gais. Un examen psychologique attentif et prolongé ne nous permet de saisir chez elle aucune trace de conception délirante. Deux mois après la mort de son mari, toutefois, elle fut un soir prise d'hallucination de la vue, de l'ouïe et du toucher : elle le voyait, lui parlant, lui prenant les mains, mais le premier moment de surprise passé, elle reconnut d'elle-même la fausseté de ses sensations et craignit un instant de devenir folle. Depuis lors les hallucinations n'ont pas reparu, du moins avec un caractère d'extérioriété aussi prononcé ; cependant, lorsqu'elle est bien absorbée dans son travail, il lui semble, par moments, qu'on la touche ; elle saute alors sur sa chaise, pousse un cri, mais ne tarde pas à se rassurer. Elle accuse encore des bourdonnements d'oreille et un « martellement aux tempes. »

La vue est affaiblie depuis un an ; elle dut alors acheter des conserves, elle peut toutefois encore se livrer à des travaux d'aiguille assez fins. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de devenir subitement aveugle pendant quelques secondes lorsqu'elle fixe un objet avec quelque attention, il survient de la diplopie, une sensation doulou-

reuse ; elle sent alors « son cœur s'en aller », sa vue se trouble et elle cesse de voir distinctement les mailles de son crochet.

L'examen ophthalmoscopique et optométrique pratiqué avec l'aide de M. Raynal, ancien chef de clinique ophthalmologique, nous a montré les milieux de l'œil parfaitement transparents. Les bords de la prunelle étaient un peu diffus, et celle-ci était grisâtre. L'acuité visuelle déterminée au moyen de l'optomètre Javal était pour chacun des yeux, sans accommodation 1, avec accommodation 6. Il existait enfin une légère insuffisance du droit externe gauche, et un astigmatisme vertical des deux yeux.

Les articulations de la malade portent les stigmates d'une constitution franchement arthritique. Les phalanges et les tendons extenseurs, sont depuis deux ans le siège de nodosités. Souvent les articulations des mains deviennent douloureuses et les doigts se mettent en griffe pendant quelques minutes.

Les jambes immobilisées pendant cinq ans dans des gouttières, sont très amaigries ; depuis cinq ans environ, il existe une tuméaction de la tête des premiers métatarsiens. Les articulations des genoux font entendre des frottements et des craquements très prononcés : la malade ne peut marcher qu'avec l'aide de béquilles.

Xanthélasma palpébral. — L'affection palpébrale remonte avons-nous dit, à un an. La première tache xanthélasmique, précédée de quelques démangeaisons, se montre à la partie interne de la paupière supérieure gauche ; bientôt une seconde apparut en dehors de celle-ci et fut annoncée par un point plus intense ; vint ensuite une grosse tache à la paupière supérieure droite, les paupières inférieures commençaient à être affectées il y a six mois.

Ces taches sont localisées aux parties internes des paupières ; elles sont, les plus petites arrondies, les plus grandes ovoïdes à grand axe dirigé dans le sens de l'orifice palpébral, légèrement saillantes, d'une consistance molle, d'une coloration jaune, mêlée de brun, fauve, assez comparable à la peau de chamois.

Leur surface un peu rugueuse semble formée de petits grains agglomérés à leur niveau, la sensibilité est intacte, elles sont même le siège de fourmillements qui augmentent au moment des règles : alors ces taches s'affermiraient, s'élargiraient quelque peu, et les paupières seraient le siège d'une pesanteur incommode.

Nous avons vu que la peau de la face et surtout les paupières

étaient fortement pigmentées; les yeux semblent enfoncés dans leurs orbites, cernés, et le facies de la malade n'est pas sans analogie avec le facies utérin.

Les taches dont nous venons de décrire les caractères offrent la disposition topographique suivante :

Il existe à droite :

1° Une plaque ovoïde, allongée verticalement, occupant le tiers interne de la paupière supérieure ;

2° Une plaque ovoïde à grand diamètre vertical, située entre l'angle interne de la paupière supérieure, et la racine du nez;

3° Un peu au-dessous de la plaque n° 2, une petite tache ronde du volume d'un grain de millet;

4° Une petite tache ovale située près de l'angle interne de la paupière inférieure.

A gauche les plaques offrent une disposition absolument symétrique, à cela près que la plaque n° 2 est beaucoup plus étendue, tandis que la plaque n° 3 est à peine visible.

Aucun autre point de la peau et des muqueuses accessibles à la vue ne nous a montré des lésions sxanthilasmiques ; l'aréole des mamelons cependant est très pigmentée et parsemée d'une grande quantité de granulations blanchâtres qui semblent enchâssées dans le derme. Ces grains sont tantôt isolés, tantôt réunis en groupes qui ne son pas sans analogie avec de petites plaques xanthélasmiques.

Obs. II. — Xanthélasma plat et tuberculeux généralisé.
Ictère chronique. — Hypertrophie du foie.
(Observation recueillie par M. Chambart.)

C'es ce malade qui a été présenté à l'Académie de médecine par M, Hillairet, il a été présenté par M. Chambard à la Société clinique, et des moulages exécutés par M. Bareta, représentant les mains et la verge sont déposées au musée de l'hopital Saint-Louis.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pas pu nous entendre avec M. Masson pour avoir deux planches représentant en chromo-lithographie, l'une la tête, l'autre une main et les organes génitaux de ce malade, elles se trouvent dans les Archives de physiologie 1879.

Sonnet, âgé de 42 ans, ouvrier emballeur, est entré à l'hopital Saint-Louis, dans le service de M. Hillairet, pour un ictère chronique avec xanthélasma généralisé. Ce malade est un homme de taille moyenne, maigre, d'une intelligence assez bornée et d'une assez bonne constitution.

Antécédents héréditaires. — Ils n'offrent que peu d'intérêt. Son père, mort à 68 ans, d'une hernie étranglée, sa mère, ses grands-parents paternels et maternels, sa sœur et sa fille n'ont eu et n'ont aucune affection digne d'être signalée. Sa mère est « violente et bornée ». Sa grand'mère maternelle est qualifiée par lui « vieille braque avec laquelle on ne peut s'entendre ».

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse avant le début de l'affection actuelle sauf une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le frappa à l'âge de 26 ans et le retint au lit pendant 3 semaines. Ni alcoolisme, ni syphilis, ni migraines, ni impaludisme, ni affection cutanée d'aucune sorte. Le malade est sobre, marié et de mœurs régulières.

Etat actuel. — 1° Ictère, état du foie, fonctions organiques.

Le début de l'ictère remonte à dix mois, il se développa insidieusement sans cause appréciable, et sa coloration se fonça peu à peu. Il est actuellement d'une couleur jaune de moyenne intensité et s'accompagne d'un point intense et d'une éruption de prurigo-ictérique généralisé qui oblige le malade à se gratter continuellement. Pas de xantopsie.

Le volume de la rate est normal. Le foie est, au contraire, hypertrophié : il remonte au niveau de la 5e côte et son bord inférieur dépasse de 4 traverses de doigt le rebord des fausses côtes. La hauteur de la matité hépatique est de 15 cent. La palpation permet de constater que la forme du foie est normale, et que sa surface ainsi que son bord libre ne présentent aucune modification de consistance et de configuration.

La pression exercée sur la région hépatique n'est nullement douloureuse, il n'existe ni douleurs spontanées, ni accès de coliques hépatiques, ni ascites, ni développement de la circulation porte supplémentaire, ni hémorrhagie, ni enfin accès fébriles intermittents. Les résultats de la palpation et de la percussion, l'absence des divers symptômes que nous venons d'énumérer ainsi que la marche de l'affection nous font écarter l'hypothèse d'une cirrhose hypertrophique

avec ictère et celle d'une cirrhose calculeuse, et admettre l'existence d'une hypertrophie hépatique dans laquelle l'élément congestif doit jouer un rôle important.

L'appétit est sensiblement diminué depuis le début de l'ictère : le malade réclame constamment des préparations stomachiques; cependant il n'existe ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation.

La respiration est courte et un peu haletante sans qu'il y ait aucune lésion de l'appareil pulmonaire. Les bruits du cœur sont un peu sourds, cependant cet organe ne présente ni irrégularités de rhythme ni modifications de son volume, ni altération de ses bruits. Le pouls bat 60 fois par minute.

Il existe autour de la cornée un cercle sénile très prononcé.

Les organes des sens ne sont pas affaiblis, la vue notamment est bonne. Il n'en est pas de même des fonctions génitales. Depuis 5 ou 6 mois les désirs vénériens et les érections, qui étaient assez prononcées, ont disparu d'une façon presque complète. Le malade insiste beaucoup sur ce fait qui paraît l'avoir frappé.

L'état général est loin d'être satisfaisant. La moindre fatigue, la moindre émotion déterminent une anhélation et un état lypothymique qui vont jusqu'à faire craindre une syncope. Celle-ci a été notamment sur le point de se produire lorsque S... a été présenté à l'Académie de médecine et à la Société clinique.

Xanthélasma plat et tuberculeux. — Chez notre malade, l'affection cutanée que nous décrivons se présente sous ses deux formes classiques. Plane ou plutôt maculeuse aux paupières et au prépuce, elle est tuberculeuse sur les autres points du corps.

(A). Forme plane et maculeuse. — Les taches des paupières se sont développées à l'insu du malade qui n'en a appris que par nous l'existence; elles sont en effet peu visibles, et se distinguent difficilement de la teinte ictérique de la peau qui les entoure. Elles consistent en macules irrégulières d'un jaune fauve, ne faisant aucune saillie et présentant absolument la même consistance et les mêmes plis que la peau.

Ces taches occupent les paupières supérieures, l'angle interne des yeux, et se prolongent sur la partie la plus interne des paupières infé-

rieures ; ici, contrairement à la règle, elles semblent plus étendues à droite qu'à gauche.

Des taches semblables, mais beaucoup moins étendues existent aux commissures des lèvres, et empiètent à la fois sur la peau et la muqueuse, où leur disposition et leur configuration ne sont pas sans analogie avec celles des plaques blanches, des tumeurs et des syphilitiques. Il en existe également quelques-unes sur la muqueuse gingivale, sur le plancher de la bouche.

Le gland est actuellement découvert et le sillon balano-préputial ainsi que la portion voisine de la muqueuse du prépuce sont recouverts d'une large tache lisse d'un blanc régulièrement jaunâtre, très apparente, à bords irréguliers, qui entoure comme un anneau l'extrémité de la verge.

(B) *Forme tuberculeuse.* — Les premiers tubercules se seraient montrés environ trois mois avant l'entrée du premier malade à l'hôpital, sous forme de petites élevures blanchâtres à peine visibles : leur apparition aurait été précédée pendant un mois de rougeurs et de picotements douloureux très différents du prurit déterminé par l'ictère. Ces élevures ne tardèrent pas à jaunir, à augmenter de volume et à se transformer en véritables tubercules.

Ces tubercules existent à l'état d'isolement et de confluence. Ils sont disséminés et très peu nombreux à la peau et au tronc. On en trouve un sur la partie droite du front, et un autre sur le lobule de l'oreille droite, un troisième sur l'angle de la mâchoire inférieure à droite, quelques-uns à la région postérieure du cou, sur le dos, la poitrine et les membres supérieurs. Aux membres inférieurs nous n'en avons découvert qu'un seul au niveau du tendon d'Achille droit.

Quelques tubercules assez volumineux forment un petit groupe à l'entrée de chaque narine, et leur présence est jusqu'à un certain point un obstacle à la respiration nasale. Aussi le malade demande-t-il à en être débarrassé. Sur l'épaule droite il existe une plaque ovalaire, formée de tubercules petits, pâles, assez rapprochés les uns des autres ; la peau du menton, celle du pubis et de la partie postérieure de la verge en sont également semées, et dans ces régions un certain nombre d'entre eux sont traversés par un poil.

C'est aux mains que l'éruption xanthélasmique se montre avec ses caractères les plus remarquables et que les tubercules se présentent

avec une confluence et une coloration plus grandes que partout ailleurs.

Les éminences thénar et hypothénar, le creux des mains, la face palmaire des doigts et surtout la pulpe des dernières phalanges en sont couvertes : en ces derniers points et surtout à la pulpe du pouce ils sont tellement nombreux, qu'ils forment des plaques granuleuses, que beaucoup d'entre eux se réunissent et que l'espace qui les sépare est moins grand que celui qu'ils occupent.

Les plis de la face palmaire des mains et des doigts que déterminent les mouvements articulaires sont accusés par des lignes jaunes qui semblent tracées au moyen d'un pinceau. Si on regarde ces lignes avec attention on voit qu'elles sont formées par une succession de petites élevures, les unes arrondies, les autres linéaires, disposées bout à bout comme les grains d'un chapelet.

Quelques tubercules se rencontrent aussi sur la face dorsale des mains. L'un d'eux, remarquable par son volume et sa dureté, existait au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange de l'index de la main droite. Il a été enlevé en vue d'un examen histologique.

Le cuir chevelu, la plante des pieds, les mamelons, l'anus sont indemnes de toute éruption xanthélasmique. — On voit par transparence, sous les ongles, des taches jaunâtres qui révèlent l'existence de tubercules sous-unguéaux.

Les tubercules dont nous venons de décrire les disposition topographiques sont de petites tumeurs arrondies lorsqu'elles sont peu volumineuses, aplaties si elles le sont davantage, d'un volume qui varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois, d'une coloration d'un blanc jaunâtre plus ou moins accusée, d'une consistance fibreuse. Elles se développent dans le derme dans l'épaisseur duquel elles sont comme enchassées et forment à la surface de la peau une saillie notable.

Leur appariton est précédée de picotements qui persistent ensuite et augmentent au point de devenir « agaçants ». La sensibilité à leur niveau paraît un peu diminuée et l'on peut les traverser avec une aiguille sans déterminer beaucoup de douleur; mais vient-on les comprimer avec un corps mousse ou à serrer entre les doigts un doigt du malade, celui-ci accuse aussitôt un douleur vive, qui persiste après que la cause en a disparu et qui n'est pas sans analogie avec celle que

détermine le contact des cicatrices douloureuses et des tumeurs des nerfs, vulgairement appelées névromes, Le malade ne peut sans éprouver de vives douleurs empoigner un outil, saisir un corps tant soit peu lourd, et l'affection dont il est atteint constitue pour lui une véritable infirmité et un obstacle insurmontable à l'exercice de toute profession manuelle.

Nous avons observé le malade pendant un mois et demi. Son état général était, à sa sortie, uu peu amélioré, mais l'ictère ainsi que l'hypertrophie hépatique persistaient et les tubercules xanthélasmiques étaient un peu plus nombreux qu'au moment de son entrée dans nos salles.

Ce malade, après avoir quitté le service de M. Hillairet et avoir séjourné pendant quelques semaines dans celui de M. Dujardin-Baumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, est revenu à l'hopital Saint-Louis où il n'a pas tardé à succomber. Nous allons relater avec quelques détails les résultats de son autopsie qui a été faite le 10 février 1879 par M. Brault, interne des hopitaux, nous avons été assez heureux pour y assister.

Autopsie. Aspect extérieur du cadavre. — La rigidité cadavérique est assez prononcée; le corps ne présente pas de traces de putréfaction.

Les taches palpébrales sont beaucoup plus faciles à délimiter que du vivant du malade; elles apparaissent très nettement quant à la décoloration des téguments et nous pouvons aujourd'hui en donner une description plus courte et plus complète.

Contrairement au cas le plus habituel, elles sont plus marquées et plus étendues à droite qu'à gauche.

A droite il existe une tache allongée d'une longueur de près d'un centimètre qui contourne le rebord orbitaire, s'élargit en dedans au point d'occuper l'espace compris entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil et se prolonge sur la moitié interne de la paupière inférieure sans atteindre tout à fait son bord libre. En dehors, elle occupe l'espace compris entre l'apophyse orbitaire externe et l'angle externe de l'œil et se termine en s'effilant dans le tissu qui sépare les téguments de la paupière inférieure de ceux de la joue. Une seconde tache sépare la moitié inférieure de la paupière superieure et se confond par ses extrémités avec les portions nasale et temporale de la production, de telle sorte qu'au niveau de la partie moyenne elle en

est séparée par une bande de peau saine qui occupe la partie supérieure du voile palpébral.

Les taches présentent à gauche une disposition absolument symétrique, mais la partie orbitaire au lieu de contourner la partie externe de l'orbite, et de se réfléchir sur sa portion intérieure, se termine en s'effilant avant d'avoir atteint les téguments qui recouvrent l'apophyse orbitaire du frontal.

Cavité cranienne. — L'encéphale et ses membranes sont absolument sains.

Les vaisseaux ne sont pas athéromateux.

Cavité thoracique. Poumon droit. — Le poumon droit est adhérent aux parois thoraciques et est assez fortement congestionné. On trouve au sommet un noyau induré, parsemé de granulations tuberculeuses. 2e *Poumon gauche.* — Les adhérences pleurales sont plus prononcées à gauche qu'à droite surtout au niveau du lobe supérieur. La plèvre est le siège d'un épanchement de sérosité citrine assez abondant qui refoule le poumon contre la colonne vertébrale.

La partie postérieure et supérieure du lobe supérieur est creusée d'une vaste poche qui renferme un vaste kyste hydatique uniloculaire du volume d'une tête de fœtus de 7 à 8 mois. L'incision de cette poche donne issue à un liquide parfaitement transparent dans lequel nagent les échinocoques.

Les parois de la poche sont très minces en arrière. Elles sont formées d'une coque de tissu conjonctif kératoïde doublée d'une très mince couche de tissu pulmonaire condensé ; cette coque appartient à la plèvre viscérale considérablement épaissie. Dans les autres régions les parois de la poche kystique sont constituées sur le parenchyme pulmonaire refoulé et couvert en certains points d'exsudats caséeux.

Le sommet présente un noyau induré, volumineux, ovoïde, de péribronchite tuberculeuse ; il en existe un semblable et plus volumineux encore vers la partie inférieure de son bord inférieur.

Le lobe inférieur du poumon gauche offre également vers la partie supérieure de son bord inférieur quelques nodules de péribronchite tuberculeuse, le reste de ce lobe est par places congestionné, ailleurs emphysémateux.

3° *Voies aériennes.* — *Larynx, trachée, bronches, xanthélasma laryngo-trachéo-bronchique.* La portion de la muqueuse laryngée comprise entre les cordes vocales inférieures et le premier anneau de la trachée

présente deux groupes de plaques arrondies ou ovalaires légèrement brillantes, d'une coloration blanche légèrement jaunâtre, d'une consistance molle qui ne ressemble à aucune autre altération de cette muqueuse, et dont la nature xanthélasmique ne saurait être douteuse. Ces groupes sont symétriques, mais leur étendue est plus grande et les plaques qui les constituent sont plus nombreuses à droite qu'à gauche.

On trouve également entre les deux apophyses arythénoïdiennes internes une petite tache blanc jaunâtre arrondie, autour de laquelle la muqueuse laryngée offre une pâleur et une teinte jaunâtre remarquables.

Les ventricules de Morgagni sont sains, les cordes vocales inférieures sont, surtout au voisinage de leur insertion arythénoïdienne, légèrement jaunâtres.

La muqueuse de la trachée et des premières divisions bronchiques présente un aspect remarquable et des altérations xanthélasmiques qui affectent une disposition différente au niveau des régions cartilagineuses et au niveau des régions fibreuses.

En avant et latéralement, c'est-à-dire dans toutes les parties de la muqueuse qui recouvrent les cerceaux cartilagineux, il existe des traînées parallèles entre elles et perpendiculaires à l'axe du conduit aérien, formées de plaques allongées et de granulations arrondies, assez fortement teintées en jaune, légèrement brillantes et se suivant à la manière des grains d'un chapelet. Ces traînées partent des deux côtés de la région membraneuse ou œsophagienne du canal trachéal et s'étendent plus ou moins loin sur ses parties latérales ou en contournent la surface interne, mais sans pouvoir en embrasser entièrement la circonférence. Elles offrent de chaque côté une disposition symétrique sans que l'on puisse dire de quel côté elles sont le plus étendues.

En arrière, sur la portion de la muqueuse qui revêt la portion membraneuse et œsophagienne de la trachée, la direction des traînées xanthélasmiques est, au contraire, longitudinale ; elles suivent la direction des faisceaux élastiques longitudinaux dont le relief est, chez ce sujet, bien accusé. De chaque côté, ces traînées se confondent avec les traînées transversales que nous avons décrites plus haut sur la muqueuse de la portion cartilagineuse.

Dans les divisions bronchiques d'un ordre plus élevé, jusqu'à celles

de quatrième ou cinquième ordre, les traînées transversales deviennent de moins en moins accusées, tandis que les traînées longitudinales sont toujours très nettement visibles, mais seulement, fréquemment interrompues.

Sur toute l'étendue des voies aériennes qui a été soumise à notre examen, la surface des plaques xanthélasmiques est parsemée d'un pointillé rouge très fort, qu'un examen attentif montre constitué par des orifices glandulaires circulaires ou taillés en bec de flûte dont la circonférence présente une infection vasculaire assez considérable.

4° *Cœur et aorte.* — Le cœur est petit et entièrement sain. L'aorte présente seulement, près de son origine, quelques plaques athéromateuses peu étendues.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'échappe un flot de liquide ascitique citrin dont la quantité peut être évaluée à 2 ou 3 litres. Toute la surface du péritoine est couverte de granulations tuberculeuses, notamment le mésentère et la portion mésentérique du canal intestinal sur toute sa longueur. (Tuberculose péritonéale.)

La rate, le poumon et les reins sont entièrement sains. Le foie présente des adhérences intimes avec le diaphragme, et en beaucoup de points sa capsule est épaissie. (Périhépatite chronique.) Il est creusé d'une vaste poche sphérique de la grosseur d'une tête d'enfant, qui s'est surtout développée aux dépens du lobe droit de l'organe et qui n'est séparée, en avant et en arrière, de la cavité péritonéale, que par sa capsule épaissie, et une très mince couche de tissu hépatique condensé qui a même en certains points entièrement disparu. Cette vaste cavité kystique est revêtue intérieurement, d'une mince couche conjonctive et renferme un énorme kyste hydatique uniloculaire dont les caractères sont identiques à ceux du kyste que nous avons décrit plus haut dans l'un des poumons et sept autres kystes plus petits dont le plus volumineux a la grosseur d'un œuf de pigeon. Le reste du parenchyme hépatique paraît sain.

Tube digestif. — La langue, la cavité buccale, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, examinés avec soin ne nous ont montré aucune altération.

Organes génito-urinaires. — Les testicules et la vessie étaient également normaux.

OBSERVATION III. — Ataxie locomotrice progressive. — Xanthélasma plat des paupières. — Xanthélasma tubéreux très discret, simulant des noyaux de carcinome dur secondaire de la peau. (observation recueillie par M. Chambard.)

Mme Marie Manière, âgée de 46 ans, femme de ménage, est admise dans le service de M. Hillairet à l'hôpital Saint-Louis, le 24 septembre 1878, pour une ataxie locomotrice progressive qui ne présente rien de remarquable.

Cette malade peu intelligente ne peut donner que des renseignements fort vagues sur ses antécédents héréditaires et personnels. Nous apprenons toutefois qu'elle n'a jamais eu ni ictère, ni migraine, et que la seule affection séreuse dont elle ait été atteinte fut une attaque de rhumatisme articulaire. Elle est aujourd'hui amaigrie et déprimée physiquement et moralement.

Il existe sur la moitié interne de la paupière supérieure gauche, une plaque de xanthélasma qui n'offre rien de remarquable. En examinant la malade, notre attention se porte sur deux gros tubercules situés, l'un à la racine du sein gauche, au niveau du troisième espace intercostal, l'autre au niveau de la partie moyenne de la face externe de la jambe du même côté. Ces tubercules d'une coloration qui ne diffère de ceux de la peau saine que par une teinte violacée, d'une consistance fibreuse, d'un volume égal à celui d'un gros pois, sont enchâssés dans l'épaisseur du derme et font corps avec lui : ils ressemblent tellement aux nodules du squirrhe secondaire de la peau que tel est à leur égard le diagnostic de M. Hillairet et le nôtre, et que, leur présence, l'état caractéristique de la malade, nous firent pressentir quelque affection cancéreuse viscérale, restée latente.

Ces petites tumeurs ne sont nullement douloureuses, ni à la pression, ni spontanément.

Nous étions si loin de croire à la nature xanthélasmique de ces petites tumeurs que, même après examen microscopique, nous n'abandonnâmes pas notre manière de voir et nous les regardâmes comme un cas singulier de carcinome lipomateux de la peau ; quelques jours après, l'examen des tubercules cutanés du malade qui fait l'objet de notre deuxième observation et dont la nature xanthélasmique n'était pas douteuse, vint nous éclairer sur leur véritable signification.

Si toutefois les deux tubercules que présentait Madame M... sont histologiquement identiques à ceux du malade précédent, ils diffèrent notablement, par des caractères cliniques sur lesquels nous insisterons dans la suite, des formes connues jusqu'ici de xanthélasma tuberculeux, aussi croyons-nous devoir les en distinguer et donner à cette forme, en attendant que de nouvelles observations viennent en consolider l'existence indépendante, le nom de xanthélasma tubéreux.

L'extirpation du nodule de la jambe droite détermina une plaie qui, au lieu de se cicatriser rapidement comme nous l'avons observé chez tous nos autres malades, prit un mauvais aspect et se mit à suppurer abondamment. La malade partit avant que la cicatrisation eût commencé. Ce petit fait est un exemple du danger des traumatismes et des opérations chirurgicales chez les ataxiques.

Observation IV (personnelle).

Cette observation a été commencée par M. Gilles de la Tourette, externe de M. Hillairet et nous l'avons continuée.

Mme X... âgée de 38 ans, née d'un père mort du choléra, d'une mère morte de suite de couches, et n'ayant jamais présenté de maladies constitutionnelles, est la seule survivante de 7 enfants: ses frères et ses sœurs étant mort en bas âge d'affections indéterminées. Son enfance s'est passée sans troubles physiques : jamais de gourmes, ni croûtes dans les cheveux, ni engorgements ganglionnaires. A l'âge de 11 ans, elle s'est fracturé le bras droit ; la consolidation s'est très bien effectuée sans complications d'aucune sorte.

Réglée à l'âge de 14 ans, les fonctions menstruelles se sont toujours continuées d'une façon régulière ; si ce n'est au mois de février 1880 où enceinte de deux mois environ elle fit une fausse couche dont elle se rétablit promptement.

Mariée à l'âge de 22 ans (1872) : elle devint sujette à des migraines assez violentes, suivies de vomissements bilieux abondants ; d'un empérament irritable elle éprouva en 1873 une contrariété violente ?

Toutes les fonctions s'étaient parfaitement accomplies jusqu'à cette époque ; une fois soulement à Bordeaux, en 1870, elle dut se lever

tous les quarts d'heure pendant la nuit et rendit une grande quantité d'urine claire et limpide.

A partir de 1873 elle éprouva des besoins incessants d'uriner, se livrant à la miction 10 à 15 fois par jour, se levant continuellement la nuit : la soif s'accrut en proportions : plusieurs litres d'eau étaient absorbés dans la journée. Ayant un appétit excellent d'ordinaire la malade mange désormais avec « frénésie » ne pouvaut se rassasier. Avec ces divers phénomènes elle s'aperçut d'une diminution totale des sueurs : la peau, les mains étaient sèches ; les objets de couture, aiguilles, ciseaux devenaient polis, brillants : c'est ce qui la mit en éveil à l'égard de la suppression de la perspiration cutanée.

La sécrétion salivaire diminue en même temps ; le matin la langue était recouverte d'un enduit brun foncé, desséché : une sensation de saveur particulièrement aigrelette remplissait la bouche. L'état général se maintenait cependant ; mais effrayée surtout de la persistance de la polyurie, elle alla consulter M. Besnier qui reconnaissant le diabète, institua le traitement approprié (suppression des féculents, liqueur de Fowler).—Les urines auraient contenu à ce moment de de 20 à 40 gr. de sucre par litre ? Le traitement rigoureusement uivi jusqu'en 1879 amena une amélioration notable : la polyurie, la polydipsie se tarirent sans toutefois disparaître. La perspiration cutanée et les sueurs reparurent, l'appétit se modéra. Notons à ce moment et de temps en temps quelques tiraillements du côté de l'hypochondre droit.

Dégoûtée d'un régime aussi sévère elle cessa son traitement à partir du commencement de l'année 1879 et vit alors reparaître au grand complet la symptomatologie que nous avons déjà énumérée. Tous ces phénomènes du reste avaient des alternatives de mieux et de pis. Aujourd'hui encore (30 avril 1880) ils existent comme par le passé et la réaction par la potasse donne un précipité caractéristique.

Mme X... avons-nous dit est très impressionnable ; elle paraît douée extérieurement de la santé la plus parfaite : grasse et replète, bien développée, la face pleine, le visage rouge, elle n'a jamais maigri, et s'est du reste toujours bien alimentée. En dehors de son état diabétique, elle attire l'attention de M. Hillairet sur un phénomène tout particulier qui ne laisse pas de l'inquiéter outre mesure.

Au mois de mars de cette année, elle a vu survenir sans déman-

geaisons à la face dorsale du poignet gauche une série de petites élevures, qui devinrent rapidement coufluentes et ne tardèrent pas à apparaître aussi sur la face dorsale du poignet droit. Déjà, en 1875, sur la face postérieure de la cuisse gauche était survenu un bouton qui aujourd'hui mesure la grosseur d'une lentille environ.

Cette éruption, s'il est permis de l'appeler ainsi, estd'une nature toute spéciale : elle est formée au poignet par une série de petites nodosités légèrement arrondies ; de même volume, et mesurant environ la grosseur d'une épingle. Leur coloration est franchement jaune ; elles semblent remplies par un liquide de même couleur, bien que percées elles ne laissent échapper que par la plus forte pression une quantité très minime de sérosité trouble. Lorsque la malade est émue, agitée, elles reposent sur un fond rouge, sur lequel se détache vivement leur teinte safran : elles sont donc plus ou moins apparentes suivant les périodes de calme ou d'activité, mais ne disparaissent jamais par la pression. Elles paraissent du reste être en voie de progression puisque depuis 15 jours environ, une éruption de même nature, mais bien moins confluente, s'est montrée à la face antérieure des deux genoux.

En outre on note çà et là, sur la face interne des deux avant-bras et jusqu'au 1/3 supérieur des deux bras, des vésico-papules analogues, disséminées sans ordre et semées au hasard, empiétant par places jusque sur la face postérieure du membre supérieur. Elles sont de même volume que celles des deux poignets et présentent les mêmes caractères objectifs ; néanmoins la moindre vascularité de la peau à ce niveau fait que la coloration jaune de la peau se détache moins nettement sur les parties ambiantes. Nous avons déjà noté la lésion initiale à la face postérieure de la cuisse gauche.

Cette éruption particulière n'occasionne du reste aucune démangeaison, et affecte beaucoup plus le moral que le physique de la malade qui est très satisfaisant : les poumons fonctionnent normalement ; les bruits du cœur sont bien frappés, les fonctions gastro-intestinales s'effectuent bien. L'examen du foie par la palpation et la percussion est suffisante la malade étant examinée debout.

Il n'existe aucune coloration de la peau ni des conjonctives, la vision est nette et précise. Cette personne a été atteinte à trois ou quatre reprises de coliques hépatiques qui n'ont pas reparu depuis.

Nous avons examiné cette malade plusieurs fois et nous n'avons pas constaté de grands changements ni au point de vue du progrès, ni au point de vue de la disparition de ces nodosités. Elle se plaint de douleurs assez vives au niveau des poignets, elles s'exagéreraient par les mouvements de la main ; lorsqu'elle veut saisir un objet par exemple elle ne peut le faire qu'au prix d'une douleur très forte. Nous expliquerons ce phénomène par l'adhérence des nodosités avec les tendons sous-jacents.

Observation V. (personnelle).

Sœur Gabrielle, 51 ans, asile Malthilde, 30, avenue du Roule-Neuilly, s'est présentée à la clinique du Dr Gorecki pour des granulations du cul-de-sac supérieur de la conjonctive.

Depuis 4 ans elle a sur l'angle interne et supérieur de l'œil gauche une plaque d'un jaune clair, saillante, papuleuse, de forme ovalaire de 5 millimètres de long sur 4 millimètres de large. Cette papule aurait débuté par un point jaunâtre, elle n'a jamais été douloureuse.

Cette sœur a les apparences d'une bonne santé, elle a eu une sciatique il y a 15 ans. Souvent elle a des douleurs vagues dans tous les membres ; l'hiver dernier elle a eu une attaque complète de rhumatisme articulaire aigu et il est resté une hydartrose au genou gauche. Elle est aussi sujette aux migraines.

Observation VI (personnelle).

M. Henri, 72 ans, entre à Bicêtre au mois de mai 1877, et couché au lit 13 de la salle Saint-François, est un homme de taille au-dessus de la moyenne, maigre, voûté, la coloration de sa peau est très foncée.

Dans l'angle interne de l'œil droit, au-dessus du pli que forme le cartilage tarse supérieur lorsque la paupière est relevée, et empiétant un peu sur ce pli, se trouve une tache jaune, irrégulière, de 7 millimètres de long sur 4 de large environ. Cette tache tranche sur la co-

loration de la peau, et présente les caractères du xanthélasma à forme plane papuleuse. Au niveau de la racine du nez, existe une autre tache plus grande, plus régulière, mais d'une coloration moins prononcée et comme effacée. Dans l'angle interne de l'œil gauche, on voit une troisième tache très petite.

Cet homme n'avait jamais remarqué ces particularités, mais il a attiré notre attention sur les taches de pigment qui couvrent en grande abondance les joues, le front, la face interne des bras, des cuisses, et qui se trouvent disséminées sur tout le corps. Ces taches paraissent être des éphélides. C'est à partir de l'âge de 25 ans que le pigment est apparu.

Depuis plusieurs années, M. Henri avait eu plusieurs ictères, et c'est à la suite de ces ictères très fréquents. (il ne les compte plus), qu'il attribue le développement de ces taches de rousseur. Quant aux jaunisses, il les attribue à ses nombreux chagrins, sa vie n'aurait été qu'une longue suite de malheurs. Ces ictères n'ont jamais été accompagnés de fièvre : jamais de douleurs dans l'hypochondre droit ; pas de coliques hépatiques, ni de crampes d'estomac. La région du foie ne présente rien de particulier. Le foie n'est pas volumineux.

Pas de rhumatisme, pas de syphilis, ni d'alcoolisme ; il y a eu plusieurs anthrax dont un a failli être funeste. Ce malade est hypochondriaque.

Observation VII (personnelle).

Boucherie (Henri), 69 ans, menuisier, salle Saint-Félix, n° 2 (Bicêtre).

Sujet grand, fort, ; peau fine transparente, cheveux blonds, taches de rousseur sur le visage, sur la face postérieure des bras, sur la cuisse. Marques de petite vérole contractée à l'âge de 7 ans; n'ayant pas été vacciné.

Varicocèle douloureux ; opération il y a 8 ans ; insuccès.

Pas d'antécédents syphilitiques, ni rhumatisme, ni alcoolisme.

Xanthélasma. Début il y a huit ans. Trois plaques. L'une à l'angle interne de l'œuil gauche, paupière supérieure plus grande que celle qui est placée à droite. De forme ovoïde et faisant une légère saillie au-dessus de la peau ; elle offre des contours très limités et sa colo-

ration blanc jaunâtre se détache très nettement sur le fond de la peau

Les deux autres taches xanthelasmiques sont plus petites, l'une est situé dans l'angle interne de l'œil droit et est placée symétriquement avec celle que nous avons déjà décrite, l'autre se trouve à la commissure externe de l'œil du même côté.

Antécédents hépatiques. — Jamais de jaunisse. A eu plusieurs embarras gastriques, avec vomissement de bile, urines rouges. A la suite d'un violent chagrin, il y a 10 ans, douleurs au côté droit au niveau du foie ; durée deux mois ; elles ont été accompagnées de démangeaisons internes à la peau.

Le sujet ne se rappelle pas le nom que le médecin donnait à cette affection, ni le traitemnet qu'on lui a fait subir.

Observation VIII (personnelle).

Mme B..., âgée de 50 ans, demeurant à Paris, sans profession (nous avons observé cette malade à la clinique du Dr Gorecki).

Ses grands-parents sont morts très âgés.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 42 ans, il était d'une bonne santé et n'avait jamais fait de maladie.

Sa mère est morte d'une squirrhe de l'estomac, à l'âge de 64 ans.

Elle a eu deux frères qui sont morts subitement comme leur père, à peu près vers le même âge.

A l'âge de 19 ans, elle a eu une fièvre muqueuse. Elle aurait eu aussi il y a vingt ans, des « accès de fièvre pernicieuse. » Depuis deux ans elle éprouve des douleurs rhumatismales qui se sont surtout localisées à l'épaule droite. Ces douleurs ont disparu en partie, et sauf quelques névralgies dont nous allons parler, elle se considérerait comme une personne bien portante. Elle ne peut pas préciser au juste le début de ces douleurs qui siègent au niveau de l'hypochondre droit. Elles sont passagères, reviennent à des intervalles indéterminés, tantôt elles surviennent à la suite d'un repas, copieux.

D'une taille et d'un embonpoint moyens, très sensible, très vive et très laborieuse, s'exprimant très bien ; la coloration de sa peau est très foncée et tient le milieu entre la teinte ictérique et bronzée; sa manière d'être répond très bien à celle d'un tempérament névroso-bilieux.

Elle mange avec appétit, mais les digestions sont un peu pénibles; la région du foie ne nous offre rien de particulier, cependant on peut constater la présence de cet organe immédiatement au-dessus des fausses côtes qu'il semble dépasser.

Rien du côté du cœur ni des poumons.

Jamais de maux de tête, rien du côté de la vue si ce n'est un léger affaiblissement de l'accommodation, que l'on peut attribuer à son âge, d'où presbyopie légère.

Elle a quelquefois et surtout le matin, des étourdissements, la tête lui tourne, et si elle ne prenait pas la précaution de s'asseoir, elle tomberait.

Xanthélasma. — Cette dame ne peut pas préciser le début des taches jaunes qu'elle présente sur les paupières inférieure et supérieure de l'œil gauche.

Ces taches remontent environ à une quinzaine d'années elles n'ont jamais été douloureuses, ni sensibles à la pression, leur présence ne gêne nullement les mouvements des paupières, et elle n'a jamais éprouvé de démangeaisons à leur niveau. C'est pour toutes ces raisons que son attention ne s'est guère portée de ce côté, et si nous n'avons pas eu l'occasion de lui demander quelques renseignements à ce sujet, il est probable qu'elle ne s'en serait jamais occupée.

Il existe deux taches xanthélasmiques à l'œil gauche, l'une plus grande située à l'angle interne de l'œil sur la paupière supérieure, de 8 mètres de longueur sur 4 mètres de large, elle est d'une couleur jaune-paille, est très apparente et forme une saillie légère au-dessus de la peau, c'est une papule.

La deuxième tache est plus petite, se trouve aussi au canthus interne sur la paupière inférieure, de même coloration que la précédente, elle a les dimensions d'une lentille et s'élève très peu au-dessus du niveau de la peau. Ce serait plutôt une macule qu'une papule. Elle n'en est pas moins très évidente, car sa coloration jaune-paille tranche d'une manière très remarquable sur la coloration presque noirâtre de sa paupière inférieure.

Cette dame a eu, depuis le jour où nous avons pris son observation, des accès de coliques hépatiques dont elle a beaucoup souffert et elle suit un traitement pour cette affection.

Obs. IX (personnelle).

M. M..., âgé de 57 ans, habitant Paris depuis une vingtaine d'années environ, comptable dans une grande administration, à une mère âgée de 75 ans, elle n'est pas malade. Son père est mort à l'âge de 58 ans d'une affection pulmonaire. M... n'a pas eu de maladie grave pendant sa jeunesse, sa santé était bonne.

En Afrique, étant soldat, il a eu les fièvres des marais pendant treize mois, leur guérison se serait affectuée sans traitement à son retour en France. A la même époque il a eu le ventre « très gonflé », et il n'a pas remarqué si l'augmentation était générale ou limitée seulement au côté droit.

A l'âge de 52 ans, il y a donc 5 ans, il a eu une douleur très vive au niveau de l'hypochondre, elle n'a duré qu'un jour. Un médecin ayant été appelé, il fit une injection de morphine à l'aide d'une seringue, et la douleur ne disparut pas; depuis il n'a jamais eu de douleur semblable. M... est un homme robuste, d'une taille moyenne et assez gros, il n'est jamais malade et ne se souvient pas d'avoir interrompu ses travaux pour cause de maladie. Il a eu cependant il y a environ huit ans, des migraines très fortes qui, maintenant, ont perdu beaucoup au point de vue de leur fréquence et de leur intensité. Vers la même époque, il a éprouvé des troubles gastriques, les digestions étaient difficiles, et d'après lui, c'est l'alcool qui l'aurait guéri. Depuis, il n'a plus mal à l'estomac et ses digestions se font bien.

Il n'a jamais eu d'ictère, ni rhumatisme ni syphilis. L'examen du foie n'offre rien de particulier.

Rien du côté de la poitrine ni du côté du cœur.

Le début du xanthélasma remonte à dix ans, les deux yeux auraient été éteints simultanément. L'affection aurait débuté sans douleur, sans démangeaisons, par une petite papule de la grosseur d'une tête d'épingle. M... a essayé plusieurs fois de les faire disparaître, soit en les perçant avec une épingle, soit en les excisant avec des ciseaux, ou bien en les cautérisant avec le nitrate d'argent, mais il n'a jamais réussi. Ces petites taches jaunes ont augmenté depuis, et elles sont en ce moment assez grosses pour couvrir l'angle interne de la paupière supérieure. Ces deux papules sont symétriques, sont situées dans le canthus interne, sur la paupière supérieure et immé-

diatement au-dessus du cartilage tarse. Elles sont légèrement saillantes, leurs bords sont irréguliers, déchiquetés, et leur couleur est d'un jaune-paille caractéristique.

Les mouvements des paupières paraissent un peu gênés; la vision a toujours été bonne, maintenant M,.. est presbyte, il est obligé de porter des lunettes pour voir de près, mais de loin il y voit très bien.

Depuis deux ans ces taches sont à peu près stationnaires, elles n'ont pas augmenté d'une manière appréciable.

Observation X (Personnelle).

Mme J..., 54 ans, garde malade habitant Paris depuis 49 ans, (Nous avons observé cette malade à la clinique du Dr Gorecki.)

Son père est mort des suites d'une fièvre typhoïde.

Sa mère a eu une attaque d'apoplexie à l'âge de 48 ans.

Mariée en 1844, son mari est mort en 1866 phthisique. Elle a eu deux filles dont une est mariée et l'autre est morte à l'âge de 22 ans, d'une méningite.

Pas de maladie dans son enfance.

A l'âge de 36 ans elle a eu la petite vérole, il n'en reste aucune marque, elle avait été vaccinée dans sa jeunesse.

Réglée à l'âge de 11 ans, elle l'a toujours bien été, elle n'a rien éprouvé de ce côté là, mais tous les mois elle avait une céphalalgie frontale très intense, elle était obligée d'aller se coucher.

En 1863, elle aurait eu une paralysie, et en rentrant des courses où elle était allée; on fut obligé de la coucher car elle ne pouvait plus marcher.

Cette maladie l'aurait retenue trois mois dans son lit, elle aurait eu des troubles de la miction, de l'embarras de la parole, des troubles du côté de la sensibilité. Elle raconte qu'elle aurait pris à cette époque des pilules de valérianate d'atropine au nombre de trois, et aurait failli s'empoisonner. (Son xanthélasma reconnaîtrait pour cause cet empoisonnement.) Au bout de trois ans, petit à petit, tous ces phénomènes morbides ont fini par disparaître. Depuis elle se porte très bien et elle n'a jamais été malade.

Mme J... est très forte, très grosse et offre toutes les apparences

d'une santé parfaite, elle a un caractère très gai, elle est très impressionnable et très vive. Elle a éprouvé beaucoup de chagrins, et a subi de grandes pertes dans le commerce.

Après s'être trouvée à la tête d'une grande maison, elle a été obligée de se mettre garde-malade.

Mme J... n'a jamais eu de jaunisse, ni de maladie de la peau.

Ses digestions sont bonnes et mange avec appétit, elle n'a rien du côté du cœur ni des poumons. Parfois elle a quelques douleurs de nature rhumatismale au niveau des épaules. Elle a aussi quelquefois des maux de tête mais ils ne sont plus aussi violents depuis l'âge de 40 ans, époque à partir de laquelle elle a cessé d'être réglée.

Les plaques jaunes qu'elle a aux paupières sont survenues après sa paralysie, il y aurait donc une vingtaines d'années. L'affection serait survenue à peu près à la même époque sur les deux paupières, et aurait augmenté insensiblement.

M. le Dr Miot a excisé ees plaques il y a 12 ans, elle a souffert beaucoup et elles ne sont pas parties.

Maintenant nous trouvons que ces papules sont situées à l'angle interne des deux yeux, un peu au-dessus du pli que forme la paupière supérieure, elles sont légèrement inclinées vers la racine du nez de haut en bas et de dehors en dedans, elles mesurent 18 millimètres de long sur 4 millimètres de large. Les bords se détachent très bien de la peau, ils sont déchiquetés, irréguliers, et l'extrémité de ces papules est arrondie. La couleur est d'un jaune peau de chamois. Les mouvements de la paupière sont un peu gênés, elle n'a jamais éprouvé de démangeaisons ni de picotements au niveau de ces taches. La vision a été très bonne, mais maintenant elle commence à faiblir.

Nous donnons à la fin de notre travail un dessin qui représente les paupières de cette malade.

Observation XI (Personnelle).

Mme X..., âgée de 44 ans, restant à Paris depuis longtemps, mariée, pas d'enfants, se trouvant à la tête d'une maison de commerce, porte sur les paupières supérieures des deux yeux des taches xanthélasmiques.

Son père est mort à l'âge de 70 ans d'une attaque d'apoplexie, il

avait sur la paupière supérieure de l'œil gauche des taches analogues à celles que nous avons trouvées sur Mme B.... C'est le seul cas d'hérédité que nous ayons trouvé.

Sa mère est goutteuse, vit encore et a une cataracte de l'œil droit.

Mme B... se porte très bien, elle est très grande et très grasse. Elle n'a jamais été malade, pas de maladies de la peau, pas de rhumatisme, rien du côté du cœur ni de la poitrine. Mais elle a toujours eu des maux de tête violents, limités à la région frontale. De plus, ses digestions sont pénibles et difficiles, elle avoue ne pas pouvoir digérer les féculents ni le blanc d'œuf.

Le xanthélasma palpébral a débuté par l'œil gauche, et comme toujours par l'angle interne. C'était d'abord une petite vésico-papule de la grosseur d'une tête d'épingle, et maintenant c'est une papule à peu près arrondie, de la forme et de la grosseur d'une lentille égèrement saillante, de couleur peau de chamois.

La même tache s'est produite sur l'œil droit un peu plus tard, et elle n'est pas encore aussi développée que celle de l'œil gauche. Cette dame aurait éprouvé des démangeaisons au niveau de ces papules.

PIÈCES DÉPOSÉES AU MUSÉE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

EXTRAIT DU CATALOGUE.

(Vitrine VII.)

N° 123. — Bazin. — Molluscum cholestérique. — Main gauche, face dorsale et palmaire.

N° 124. — Bazin. — Molluscum cholestérique. — Fesses.

N° 366. — Lailler. — Xanthélasma, variété plane et tubéreuse. — Mains : face palmaire et dorsale.

— Hillairet. — Xanthélasma. — Mains et verge (malade de l'observation II).

INDEX ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS.

ADDISON et GULL. — Guy's Hosp. Reports, 1861, VII, part. 2, série 2. A collection of the published Writhing of the bate Thomas Adison. Edited by Dr Wilks and D. Daloye London, 1868.

BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, 2e édition, 1868.

BESNIER. — Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Louis, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1878, Gazette des hôpitaux, 1878.

COHN et JAEY. — Sitzungsbericht der Schles. Vaterl. Geseilschaft.

CHURCH. — S. Barthol. Hosp. Rep., vol. X, 1874 et analyse de Geissler, in Schmidt, Jahrbucher, 1876.

CHAMBARD. — Etude histologique sur le xanthélasma. — Lésions des nerfs dans le xanthélasma tuberosum, Bulletin de la Société anatomique, 1878. — Du xanthélasma généralisé, Bulletin de la Société clinique, 1878, et France médicale, janvier 1876, nos 1 et 2. — Des formes anatomiques du xanthélasma cutané, Archives de physiologie, 1879.

CARY. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1880, t. I.

HEBRA. — Traité des maladies de la peau, traduction Doyon, t. I. 1872.

HILTON FAGGE. — Transact. of the pathol. society, 1868, Patholog. transact., 1873, 1873.

HUTCHINSON. — A clinical reports on xanthélasma palpebrarum and on its signification at a symptom. — Transact. of the med. chirurg. soc., t. IV, 1871, et Centralblatt, analyse Leber.

HILLAIRET. — Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 19 novembre 1878.

KAPOSI. — Traité des maladies de la peau d'Hébra, t. II.

LARRAYDY. — Etude sur le xanthélasma, th. de Paris, 1877.

MURCHISON. — Leçon clinique sur les maladies du foie, traduct. Jules Cyr, 1878.

MANZ. — Klinische Monasblatter fur Augenheilk, august, september 1871.

MOXON. — Pathol. transact., t. XXIV, p. 129, 1773.

MALASSEZ et DE SINÉTY. — Sur la structure, l'origine et le déve-

G. J

loppement des kystes de l'ovaire, Archives de physiologie, 1878-79.
NEUMANN. — Lehrbuch der Hantkraukheiten, 1876.
PYE SMITH. — Guy's hosp. rep., XXII, 1877, analysé par Rendu, R. S. M., 1878.
PAVY. — Guy's hosp. rep., 1866.
POTAIN. — Gazette des hôpitaux, 1878, p. 81.
QUINQUAUD. — Bulletin de la Société clinique.
RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1825. — Atlas des maladies de la peau, pl. XXII, fig. 15.
SIMON. — Deutsche klinik, 1872.
SMITH. — On xanthelasma on vitiligoiden cutanous, Journ. med. 1869.
STRAUSS. — Des ictères chroniques, th. d'agrégation, 1878.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince 38